



TA.0521/5-G (Folla: 1/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

**SOLICITUDE DE: ALTA, BAIXA OU VARIACIÓN DE DATOS NO RÉXIME ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -SOCIOS/AS, FAMILIARES DE SOCIOS/AS OU MEMBROS DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN DE SOCIEDADES MERCANTÍS CAPITALISTAS-**

1. DATOS DO SOLICITANTE

1.1 PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NOME		1.2 NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL				
DATA DE NACEMENTO		1.3 GRAO DE DISCAPACIDADE		1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR		1.5 N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR				
Día Mes Ano				DNI: TARXETA DE ESTRANXEIRO: PASAPORTE:						
TIPO DE VÍA		NOME DA VÍA PÚBLICA		BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PORTA	CÓD. POSTAL
1.6 DOMICILIO		MUNICIPIO / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO		PROVINCIA						
1.7 DATOS TELEMÁTICOS		ENDEREZO ELECTRÓNICO		ACEPTO ENVÍO COMUNICACIÓNS INFORMATIVAS DA SEGURIDADE SOCIAL		SI NON		TELÉFONO MÓBIL		

2. DATOS RELATIVOS Á SOLICITUDE (marque cunha "X" a opción correcta)

ALTA BAIXA VARIACIÓN DE DATOS DATA DE INICIO/CESAMENTO/VARIACIÓN DE DATOS Día Mes Ano

2.1 CAUSA DA BAIXA / VARIACIÓN DE DATOS 2.2 DNI/NSS/CIF ou CCC DO/DA SUCESOR/A DA ACTIVIDADE

Esta solicitude vai acompañada dos seguintes documentos:

3. DATOS RELATIVOS Á ACTIVIDADE PROFESIONAL

3.1 ACTIVIDADE ECONÓMICA - COLEXIO PROFESIONAL 3.2 I.A.E. CNAE 2009

3.3 NOME COMERCIAL 3.5 MULLER REINCORPORADA AO TRABALLO DESPOIS DA MATERNIDADE

3.4 DOMICILIO

3.6 MARQUE CUNHA "X" SE ESTÁ INCLUÍDO NALGÚN DOS SEGUINTES SUPPOSTOS

SOCIO TRABALLADOR MEMBRO DO ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN FAMILIAR DE SOCIO NOVA EMPRESA

IDENTIFICACIÓN DA SOCIEDADE MERCANTIL CAPITALISTA

CCC PRINCIPAL CIF RAZÓN SOCIAL

DATOS DA CONSTITUCIÓN

DATA DE CONSTITUCIÓN TIPO DE REGISTRO NÚMERO

PROVINCIA TOMO LIBRO FOLIO SECCIÓN FOLLA

ACTIVIDADE ECONÓMICA DA SOCIEDADE I.A.E. CNAE 2009

4. OPCIÓN CON RESPECTO Á BASE DE COTIZACIÓN, DA INCAPACIDADE TEMPORAL POR CONTINXENCIAS COMÚNS E DAS CONTINXENCIAS PROFESIONAIS

**IMPORTANTE: CUBRIR NA SEGUINTE FOLLA**

5. OUTROS DATOS

5.1 DATOS RELATIVOS AO REPRESENTANTE

NOME E APELIDOS OU RAZÓN SOCIAL

N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL

5.2 DATOS RELATIVOS AO AUTORIZADO DO SISTEMA RED

NOME E APELIDOS OU RAZÓN SOCIAL

NÚMERO DA AUTORIZACIÓN

6. PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓNS SINALA COMO DOMICILIO PREFERENTE (marque cunha "X" a opción correcta)

DOMICILIO DO SOLICITANTE (APARTADO 1.6) DOMICILIO DA ACTIVIDADE PROFESIONAL (APARTADO 3.4) OUTRO DOMICILIO

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA PÚBLICA BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PORTA CÓD. POSTAL

DOMICILIO MUNICIPIO / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO PROVINCIA TELÉFONO

APARTADO DE CORREOS

7. DATOS PARA A DOMICILIACIÓN DO PAGAMENTO DE COTAS

CÓDIGO INTERNACIONAL CONTA BANCARIA (IBAN)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DO TITULAR DA CONTA DE DÉBITO

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO D.N.I.: C.I.F.: TARXETA ESTRANXEIRO: PASPRT.: N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

SINATURA DO/DA TRABALLADOR/A	SINATURA E SELO DO REPRESENTANTE	DILIXENCIA DE NOTIFICACIÓN DA EMENDA E MELLORA DA SOLICITUDE	DILIXENCIA DE NOTIFICACIÓN DA RESOLUCIÓN
		Data: DNI: SINATURA:	BOLETÍN DE COTIZACIÓN RECIBIDOS: DE A Data: DNI: SINATURA:

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AO QUE SE DIRIXE A SOLICITUDE: DIRECCIÓN PROVINCIAL OU ADMINISTRACIÓN DA T X S S :

ADVERTENCIA: Nas Comunidades Autónomas con lingua cooficial, existe á súa disposición, este impreso redactado na outra lingua oficial.

TA.0521/5-G (folia 1/3)  
(30-01-2015)



TA.0521/5-G (Folla: 2/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

DATOS DO SOLICITANTE

NOME E APELIDOS

NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR

NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL (NSS)

OPCIÓN

4.1. OPCIÓN CON RESPECTO Á BASE DE COTIZACIÓN

BASE MÍNIMA

BASE MÁXIMA

OUTRA BASE

SOLICITA o INCREMENTO automático da base de cotización na mesma porcentaxe na que se incremente a base máxima de cotización do réxime especial.

4.2. MUTUA COLABORADORA COA SEGURIDADE SOCIAL QUE LLE DÁ COBERTURA Á INCAPACIDADE TEMPORAL DERIVADA DE CONTINXENCIAS COMÚNS

MUTUA N.º

NOME

4.3. OPCIÓN RESPECTO DA COBERTURA DAS CONTINXENCIAS PROFESIONAIS [ACCIDENTES DE TRABALLO E ENFERMIDADES PROFESIONAIS] E/OU CESAMENTO DE ACTIVIDADE

SOLICITA (Marque cunha "X" o que proceda):

**ACOLLERSE**  Á cobertura das continxencias profesionais.

Á cobertura de cesamento de actividade.

**RENUNCIAR**  Á cobertura das continxencias profesionais.

Á cobertura de cesamento de actividade.

4.4. OPCIÓN RESPECTO DA INCAPACIDADE TEMPORAL EN SITUACIÓN DE PLURIACTIVIDADE

SOLICITA (Marque cunha "X" o que proceda):

**ACOLLERSE** á cobertura da incapacidade temporal

**NON SE ACOLLER** á cobertura da incapacidade temporal

ADVERTENCIA: Nas Comunidades Autónomas con lingua cooficial, existe á súa disposición, este impreso redactado na outra lingua oficial.

SINATURA DO/DA TRABALLADOR/A



TA.0521/5-G (Folla: 3/3)

Rexistro de presentación

Rexistro de entrada

## DECLARACIÓN

### -RÉXIME ESPECIAL DA SEGURIDADE SOCIAL DOS TRABALLADORES POR CONTA PROPIA OU AUTÓNOMOS- SOCIO/A, FAMILIAR DE SOCIO/A OU MEMBRO DO ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN DE SOCIEDAD MERCANTIL CAPITALISTA

#### DATOS DO SOLICITANTE

NOME E APELIDOS

NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR

NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL (NSS)

#### 8. DECLARACIÓN PARA AS SOLICITUDES DE ALTA

D./D.<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_  
e NSS \_\_\_\_\_, en calidade de \_\_\_\_\_, representante legal da  
SOCIEDADE \_\_\_\_\_,  
con CIF \_\_\_\_\_ e CCC PRINCIPAL \_\_\_\_\_

DECLARA que D./D.<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ **É SOCIO TRABALLADOR** - ou,  
se é o caso- FAMILIAR DE SOCIO/A/MEMBRO DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN desta SOCIEDADE MERCANTIL, cuxos  
datos identificadores constan nesta solicitude, e **INICIOU** a prestación de servizos remunerados, ou os servizos de dirección e/ou  
xestión para a citada SOCIEDADE o día \_\_\_\_\_.

Así mesmo, DECLARA que: (marque cunha "X" o/os apartados que procedan)

O SOCIO POSÚE ACCIÓNS OU PARTICIPACIÓNS DESTA SOCIEDADE QUE SUPOÑEN UNHA PORCENTAXE DO  SOBRE O CAPITAL SOCIAL.

A METADE DO CAPITAL SOCIAL ESTÁ DISTRIBUÍDO ENTRE SOCIOS, AOS QUE O/A TRABALLADOR/A AO/Á QUE LLE CORRESPONDE ESTA  
SOLICITUDE SE ATOPA UNIDO/A POR VÍNCULO CONXUGAL OU DE PARENTESCO ATA O SEGUNDO GRAO E CONVIVE CON ELES

O SOCIO TEN ATRIBUÍDO O EXERCICIO DE FUNCIÓNS DE XERENCIA E DIRECCIÓN DA SOCIEDADE.

O MEMBRO DO ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN ÉO EN CALIDADE DE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ SEGUNDO RESULTA DE ESCRITURA OUTORGADA O DÍA \_\_\_\_\_

PERANTE O NOTARIO \_\_\_\_\_

CO NÚMERO DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_.

SINATURA E SELO

#### 9. DECLARACIÓN PARA AS SOLICITUDES DE BAIXA

D./D.<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_  
e NSS \_\_\_\_\_, en calidade de \_\_\_\_\_, representante legal da  
SOCIEDADE \_\_\_\_\_,  
con CIF \_\_\_\_\_ e CCC PRINCIPAL \_\_\_\_\_

DECLARA que D./D.<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ **FOI SOCIO**  
TRABALLADOR -ou, se é o caso- FAMILIAR DE SOCIO/A/MEMBRO DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN desta SOCIEDADE  
MERCANTIL, cuxos datos identificadores constan nesta solicitude, e que **CESOU** a prestación de servizos remunerados ou os  
servizos de dirección e/ou xestión para a citada SOCIEDADE o día \_\_\_\_\_.

Así mesmo, DECLARA que: (marque cunha "X" o/os apartados que procedan)

O SOCIO POSÚE ACCIÓNS OU PARTICIPACIÓNS DESTA SOCIEDADE QUE SUPOÑEN UNHA PORCENTAXE DO  SOBRE O CAPITAL SOCIAL.

A METADE DO CAPITAL SOCIAL ESTÁ DISTRIBUÍDO ENTRE SOCIOS, AOS QUE O/A TRABALLADOR/A AO/Á QUE LLE CORRESPONDE ESTA  
SOLICITUDE SE ATOPA UNIDO/A POR VÍNCULO CONXUGAL OU DE PARENTESCO ATA O SEGUNDO GRAO E CONVIVE CON ELES

O SOCIO TEN ATRIBUÍDO O EXERCICIO DE FUNCIÓNS DE XERENCIA E DIRECCIÓN DA SOCIEDADE.

O MEMBRO DO ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN LO ÉO EN CALIDAD DE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ SEGUNDO RESULTA DE ESCRITURA OUTORGADA O DÍA \_\_\_\_\_

PERANTE O NOTARIO \_\_\_\_\_

CO NÚMERO DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_.

SINATURA E SELO

ADVERTENCIA: Nas Comunidades Autónomas con lingua cooficial, existe á súa disposición, este impreso redactado na outra lingua oficial.



**XUSTIFICANTE DE SOLICITUDE DE ALTA, BAIXA OU VARIACIÓN DE DATOS  
NO RÉXIME ESPECIAL DE AUTÓNOMOS  
-SOCIOS/AS, FAMILIARES DE SOCIOS/AS OU MEMBROS DE ÓRGANOS  
DE ADMINISTRACIÓN DE SOCIEDADES MERCANTÍS CAPITALISTAS-  
(TA.0521/5-G)**

Coa data que se indica neste documento tivo entrada no rexstro desta Dirección Provincial ou Administración da Seguridade Social, a solicitude cuxos datos figuran a continuación:

DATOS DO/DA TRABALLADOR/A

TA.0521/5-G (xustificante)  
(01-10-2016)

APELIDOS E NOME  
[ ]

N.º DE SEGURIDADE SOCIAL [ ] N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR [ ]

ALTA  BAIXA  VARIACIÓN DE DATOS  DATA DE ALTA/BAIXA/VARIACIÓN DE DATOS  
Día [ ] Mes [ ] Ano [ ]

DATO DO QUE SE SOLICITA A VARIACIÓN  
[ ]

[ ]  
Rexistro de entrada  
[ ]

**PRAZO DE RESOLUCIÓN:** o prazo máximo para ditar e notificar a resolución sobre a presente solicitude será de corenta e cinco días que se contarán a partir da data da súa entrada no Rexistro da Dirección Provincial da Tesourería Xeral da Seguridade Social ou Administración da Seguridade Social competente para a súa tramitación. O prazo indicado poderá ser suspendido cando deba requirirse a emenda de deficiencias e a achega de documentos e outros elementos de xuízo necesarios, así como no resto dos supostos do art. 22.1 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas. Transcorrido o citado prazo sen que recaia resolución expresa, a solicitude poderá entenderse estimada, o que se comunica para os efectos do establecido no artigo 21.4 da Lei 39/2015.



**EMENDA E/OU MELLORA DA SOLICITUDE DE ALTA, BAIXA OU  
VARIACIÓN DE DATOS NO RÉXIME ESPECIAL DE AUTÓNOMOS  
-SOCIOS/AS, FAMILIARES DE SOCIOS/AS OU MEMBROS DE ÓRGANOS  
DE ADMINISTRACIÓN DE SOCIEDADES MERCANTÍS CAPITALISTAS-  
(TA.0521/5-G)**

A solicitude de alta, baixa ou variación de datos do/da traballador/a por conta propia cuxos datos figuran a continuación, , non reúne os requisitos establecidos polo art. 66 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas, e/ou os establecidos no Regulamento xeral aprobado polo Real decreto 84/1996 do 26 de xaneiro, polo que non se pode ditar resolución expresa no mesmo acto da presentación da solicitude.

DATOS DO/DA TRABALLADOR/A

APELIDOS E NOME  
[ ]

N.º DE SEGURIDADE SOCIAL [ ] N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR [ ]

ALTA  BAIXA  VARIACIÓN DE DATOS  DATA DE ALTA/BAIXA/VARIACIÓN DE DATOS  
Día [ ] Mes [ ] Ano [ ]

DATO DO QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN  
[ ]

De conformidade co establecido no art. 68 da Lei 39/2015, nun prazo de DEZ DÍAS, a empresa solicitante deberá emendar a falta que se indica e/ou acompañar os documentos que se relacionan.

[ ]

Se non se emendase a falta ou non se entregasen os documentos solicitados, entenderase que desiste da súa petición, ditarase a correspondente resolución e notificaráselle á Inspección de Trabajo e Seguridade Social para os efectos pertinentes.

[ ]  
Rexistro de saída  
[ ]

**PRAZO DE RESOLUCIÓN:** o prazo máximo para ditar e notificar a resolución sobre a presente solicitude será de corenta e cinco días que se contarán a partir da data da súa entrada no Rexistro da Dirección Provincial da Tesourería Xeral da Seguridade Social ou Administración da Seguridade Social competente para a súa tramitación. O prazo indicado poderá ser suspendido cando deba requirirse a emenda de deficiencias e a achega de documentos e outros elementos de xuízo necesarios, así como no resto dos supostos do art. 22.1 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas. Transcorrido o citado prazo sen que recaia resolución expresa, a solicitude poderá entenderse estimada, o que se comunica para os efectos do establecido no artigo 21.4 da Lei 39/2015.