



T.3

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE DOCUMENTO O INFORMACIÓN EXISTENTE EN LAS BASES DE DATOS DE LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL SOBRE PERSONAS FÍSICAS

1. DATOS DEL AFILIADO/A

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO		TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO				Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	
Día	Mes	Año	D.N.I.	TARJETA DE EXTRANJERO	PASAPORTE		
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA			BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.
DOMICILIO				PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL	
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO				PROVINCIA		TELÉFONO	

2. OTROS NÚMEROS DE SEGURIDAD SOCIAL DEL SOLICITANTE, SI PROCEDE

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

3. TIPO DE SOLICITUD (Marque con "X" lo que proceda)

DOCUMENTO O INFORMACIÓN SOBRE DATOS DE AFILIACIÓN Y VIDA LABORAL:

DUPLICADO DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO ANTE LA SEGURIDAD SOCIAL

INFORME QUE ACREDITE NO ESTAR AFILIADO A LA SEGURIDAD SOCIAL

INFORME DE VIDA LABORAL: COMPLETO PARCIAL (Indique a continuación el motivo):

PARA CLASES PASIVAS DEL ESTADO

PARA OTRO USO (Indique los períodos y/o Regímenes):

PERÍODOS	<input type="checkbox"/> A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL INFORME	<input type="checkbox"/> PERÍODO: DESDE: / / HASTA: / /
RÉGIMEN	<input type="checkbox"/> GENERAL	<input type="checkbox"/> CARBÓN
	<input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS	<input type="checkbox"/> EMPLEADOS DE HOGAR
	<input type="checkbox"/> AGRARIO	<input type="checkbox"/> MAR

INFORMACIÓN SOBRE BASES DE COTIZACIÓN O INGRESO DE CUOTAS:

INFORMACIÓN SOBRE BASES DE COTIZACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE SITUACIÓN RESPECTO DEL INGRESO DE CUOTAS (Sólo para personas responsables del ingreso de cuotas: representantes de comercio, trabajadores autónomos, trabajadores agrarios por cuenta propia o ajena, trabajadores por cuenta propia del mar, empleados de hogar discontinuos y suscriptores de convenios especiales).
INDIQUE EL MOTIVO POR EL QUE SOLICITA LA INFORMACIÓN:

DOCUMENTACIÓN A APORTAR: Original del documento identificativo de autorizado, además del original o fotocopia del documento identificativo del afiliado/a.

IMPORTANTE

SI LA INFORMACIÓN VA A SER ENTREGADA A PERSONA DISTINTA DEL TITULAR DE LOS DATOS, DEBERÁ CUMPLIMENTARSE EL REVERSO DE ÉSTE DOCUMENTO

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Lugar: Fecha:

Firma _____

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

T.3



AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR DOCUMENTACIÓN O INFORMACIÓN RELATIVA A PERSONA DIFERENTE A SU TITULAR

DATOS DEL AUTORIZADO (Si es persona física)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE						
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)				Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL					
D.N.I.: <input type="checkbox"/>		TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>		PASAPORTE: <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>					
DOMICILIO	TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA			BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	C.POSTAL
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO				PROVINCIA			TELÉFONO			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			<input type="text"/>				

DATOS DEL AUTORIZADO (Si es persona jurídica)

RAZÓN SOCIAL								CÓDIGO IDENTIFICACIÓN FISCAL			
<input type="text"/>								<input type="text"/>			
DOMICILIO	TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA			BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	C.POSTAL
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO				PROVINCIA			TELÉFONO			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			<input type="text"/>				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE						
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)				Nº DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL					
D.N.I.: <input type="checkbox"/>		TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>		PASAPORTE: <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
REPRESENTANTE		PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			

El afiliado **autoriza** a la persona cuyos datos han sido consignados en el apartado "DATOS DEL AUTORIZADO", a recibir la documentación o la información requerida, en el anverso de la presente solicitud.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE:

- Fotocopia del documento identificativo vigente del afiliado/a indicado en el apartado 1 del anverso (D.N.I., Tarjeta de Extranjero o Pasaporte)
- Original del documento identificativo del autorizado o de su representante si es persona jurídica, que se haya señalado (D.N.I., Tarjeta de Extranjero o Pasaporte)

T.3

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR DE LOS DATOS	
Lugar:	Fecha:
Firma _____	

LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA AUTORIZADA	
Lugar:	Fecha:
Firma _____	

LUGAR, FECHA Y SELLO DE LA PERSONA JURÍDICA AUTORIZADA	
Lugar:	Fecha:
Firma _____	

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.