



TA.0521/1 (Hoja 1/2)

Registro de presentación

Registro de entrada

**SOLICITUD SIMPLIFICADA DE: ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS**

**1. DATOS DEL SOLICITANTE**

|   |  |                          |  |   |        |                                    |        |
|---|--|--------------------------|--|---|--------|------------------------------------|--------|
| 1.1 PRIMER APELLIDO   |  | SEGUNDO APELLIDO         |  | NOMBRE                                    |        | 1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL     |        |
| FECHA DE NACIMIENTO   |  | 1.3 GRADO DE MINUSVALÍA  |  | 1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO      |        | 1.5 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. |
| 1.6 DOMICILIO   |  |                          |  | PISO                                      | PUERTA | CÓD. POSTAL                        |        |
| MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO |  |                          |  | PROVINCIA                                 |        | TELÉFONO                           |        |

**2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (Marque con "X" la opción correcta)**

ALTA  BAJA  VARIACIÓN DE DATOS  FECHA DE INICIO/CESE/VARIACIÓN DE DATOS Día Mes Año

2.1 CAUSA DE LA BAJA / VARIACIÓN DE DATOS 2.2 D.N.I./N.S./S.C.I.F. o C.C.C. DEL SUCESOR/A DE LA ACTIVIDAD

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**3. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL**

3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA - COLEGIO PROFESIONAL 3.2 I.A.E. CNAE 93

3.3 NOMBRE COMERCIAL

3.4 DOMICILIO

|   |                          |           |      |          |        |      |        |             |
|---|--------------------------|-----------|------|----------|--------|------|--------|-------------|
| TIPO DE VÍA   | NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA | BLOQUE    | NÚM. | BIS      | ESCAL. | PISO | PUERTA | CÓD. POSTAL |
| MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO |                          | PROVINCIA |      | TELÉFONO |        |      |        |             |

3.5 MARQUE CON "X" SI ESTA INCLUIDO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS

AUTÓNOMO CON ACTIVIDAD AGRARIA. VALOR CATASTRAL DEL I.B.I. RÚSTICO: TRABAJADOR DE TEMPORADA (FECHA PREVISTA CESE ACTIVIDAD): MINUSVÁLIDO CON PROYECTO DE AUTOEMPLOO: NOTARIO: AUTÓNOMO INTEGRADO EN UN COLEGIO PROFESIONAL: MUJER REINCORPORADA AL TRABAJO, DESPUÉS DE MATERNIDAD:

**4. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN, DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES Y DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES**  
**IMPORTANTE: CUMPLIMENTAR EN LA SIGUIENTE HOJA**

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 5.1 DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE | 5.2 DATOS RELATIVOS AL AUTORIZADO DEL SISTEMA RED |
| NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL    | NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL                 |
| Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO       | NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN                         |
| NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL           |   |

**6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE (Marque con una "X" la opción correcta)**

DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1.6) DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL (APARTADO 3.3) OTRO DOMICILIO (ANOTAR EN LA SIGUIENTE HOJA)

**7. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS**

|                       |          |      |               |   |                                |  |  |
|-----------------------|----------|------|---------------|---|--------------------------------|--|--|
| CÓDIGO CUENTA CLIENTE |          |      |               | DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO |                                |  |  |
| ENTIDAD               | SUCURSAL | D.C. | NÚMERO CUENTA | TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO                            | Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO |  |  |
|                       |          |      |               | D.N.I.: C.I.F.: TARJETA EXTRANJERO: PASPRT.:                |                                |  |  |

|                        |                                 |   |   |
|------------------------|---------------------------------|---|---|
| FIRMA DEL TRABAJADOR/A | FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE | DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD | DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN                   |
|                        |                                 | Fecha: D.N.I.: FIRMA:   | BOLETINES DE COTIZACIÓN RECIBIDOS: DE A Fecha: D.N.I.: FIRMA: |

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :

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

TA.0521/1 (Hoja 1/2) (02-01-2007)



TA.0521/1 (Hoja 2/2)

Registro de presentación

Registro de entrada

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS

NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)

OPCIONES

4.1. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN

BASE MÍNIMA

BASE MÁXIMA

OTRA BASE

SOLICITA el INCREMENTO automático de la Base de Cotización en el mismo porcentaje en que se incremente la Base Máxima de Cotización del Régimen Especial.

4.2. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

**ACOGERSE** a la cobertura de la prestación económica por Incapacidad temporal por contingencias comunes

El abono de la prestación se concierta con la MUTUA Nº  DE A. T. y E. P.

**RENUNCIAR** a la cobertura de la prestación económica por Incapacidad temporal por contingencias comunes

4.3. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES [ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES]

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

**ACOGERSE** a la cobertura de las contingencias profesionales

**RENUNCIAR** a la cobertura de las contingencias profesionales

SI LA ACTIVIDAD DESARROLLADA ES ALGUNA DE LAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN MARQUE CON "X" LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD SEGÚN LO INDICADO:

PRODUCCION AGRICOLA o GANADERA [CNAE: 011xx, 012xx o 013xx]

EN EXPLOTACION PROPIA SIN SERVICIOS A TERCEROS

CON SERVICIOS A TERCEROS

TRANSPORTE TERRESTRE [CNAE: 602xx]

TRANSPORTE PESADO EN VEHICULOS DE MAS DE 6.000 Kg.

TRANSPORTE LIGERO EN VEHICULOS HASTA 6.000 Kg.

CORREOS Y TELECOMUNICACIONES [CNAE 64xxx]

SIN TRANSPORTE

CON RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MERCANCIA LIGERA

INTERMEDIACION FINANCIERA, INCLUYENDO SEGUROS Y PLANES DE PENSIONES y ACTIVIDADES AUXILIARES A LA INTERMEDIACION FINANCIERA [CNAE: 65xxx, 66xxx y 67xxx]

SIN DESPLAZAMIENTOS HABITUALES

CON DESPLAZAMIENTOS HABITUALES

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE UN DOMICILIO DISTINTO DEL DE RESIDENCIA O DEL DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

TIPO DE VÍA

NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA

BLOQUE

NÚM.

BIS

ESCAL.

PISO

PUERTA

CÓD. POSTAL

DOMICILIO

MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO

PROVINCIA

TELÉFONO

APARTADO DE CORREOS

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

FIRMA DEL TRABAJADOR/A



### RESGUARDO DE SOLICITUD SIMPLIFICADA DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS (TA.0521/1)

Con la fecha que se indica en este documento ha tenido entrada, en el registro de esta Dirección Provincial o Administración de la Seguridad Social, la solicitud cuyos datos figuran a continuación:

DATOS DEL TRABAJADOR/A

TA.0521/1 (Resguardo) (02-01-2007)

APELLIDOS Y NOMBRE   
 Nº DE SEGURIDAD SOCIAL  Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO   
 ALTA  BAJA  VARIACIÓN DE DATOS  FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS  
 Día  Mes  Año   
 DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN

Registro de entrada



**PLAZO DE RESOLUCIÓN:** El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 42.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992.



### SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD SIMPLIFICADA DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS (TA.0521/1)

La solicitud de alta, baja o variación de datos del trabajador/a por cuenta propia, cuyos datos figuran a continuación, no reúne los requisitos establecidos por el artículo 70 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y/o los establecidos en el Reglamento General aprobado por Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por lo que no se puede dictar resolución expresa en el mismo acto de la presentación de la solicitud.

DATOS DEL TRABAJADOR/A

TA.0521/1 (Subsanación) (02-01-2007)

APELLIDOS Y NOMBRE   
 Nº DE SEGURIDAD SOCIAL  Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO   
 ALTA  BAJA  VARIACIÓN DE DATOS  FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS  
 Día  Mes  Año   
 DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN

De conformidad con lo establecido en el art. 71 de la Ley 30/1992, en un plazo de DIEZ DÍAS, el solicitante deberá subsanar la falta que se indica y/o acompañar los documentos que se relacionan.

Si no se subsanara la falta o no se entregasen los documentos solicitados, se le tendrá por desistido de su petición, dictándose la correspondiente resolución, notificándose a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a los efectos pertinentes.

Registro de salida

**PLAZO DE RESOLUCIÓN:** El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 42.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992.