



TA.0521/5-G (folia 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 MINUSVALÍA		1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR		1.5 N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR	
Día Mes Ano		DNI: TARXETA DE ESTRANXEIRO: PASAPORTE:					
1.6 DOMICILIO		TIPO DE VÍA		NOME DA VÍA PÚBLICA		BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PORTA CÓD. POSTAL	
		MUNICIPIO / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO		PROVINCIA		1.6.1. N.º DE TELEF. MÓBIL PARA S.M.S.	

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 IAE

CNAE 93

3.3 NOME COMERCIAL

3.5 MULLER REINCORPORADA AO TRABALLO DESPOIS DA MATERNIDADE

3.4 DOMICILIO

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

MUNICIPIO / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO PROVINCIA TELÉFONO

3.6 MARQUE CUNHA "X" SE ESTÁ INCLUIDO NALGÚN DOS SEGUINTE SUPOSTOS

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 IAE CNAE 93

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

IMPORTANTE: CUBRIR NA SEGUINTE FOLLA

5.1 DATOS RELATIVOS AO REPRESENTANTE		5.2 DATOS RELATIVOS AO AUTORIZADO DO SISTEMA RED	
NOME E APELIDOS OU RAZÓN SOCIAL		NOME E APELIDOS OU RAZÓN SOCIAL	
N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL		NÚMERO DA AUTORIZACIÓN	

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

DOMICILIO DO SOLICITANTE (APARTADO 1.6) DOMICILIO DA ACTIVIDADE PROFESIONAL (APARTADO 3.3) OUTRO DOMICILIO

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

MUNICIPIO / ENTIDADE DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AO MUNICIPIO PROVINCIA TELÉFONO

APARTADO DE CORREOS

7. DATOS PARA A DOMICILIACIÓN DO PAGAMENTO DE COTAS

CÓDIGO CONTA CLIENTE				DOCUMENTO IDENTIFICADOR DO TITULAR DA CONTA DE DÉBITO			
ENTIDADE		SUCURSAL		DC		NÚMERO CONTA	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR				N.º DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR			
DNI: CIF: TARXETA ESTRANXEIRO: PASPRT:							

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:	BOLETINS 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 2/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

DATOS DO SOLICITANTE

NOME E APELIDOS

NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR

NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL (NSS)

OPCIÓN S

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. OPCIÓN CON RESPECTO Á COBERTURA DA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDADE TEMPORAL DERIVADA DE CONTINXENCIAS COMÚNS

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

ACOLLERSE á cobertura da prestación económica por incapacidade temporal por continxencias comúns

O aboamento da prestación concértase coa MUTUA N.º DE AT e EP

RENUNCIAR á cobertura da prestación económica por incapacidade temporal por continxencias comúns

4.3. OPCIÓN CON RESPECTO Á COBERTURA DAS CONTINXENCIAS PROFESIONAIS [ACCIDENTES DE TRABAJO E ENFERMIDADES PROFESIONAIS]

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

ACOLLERSE á cobertura das continxencias profesionais

RENUNCIAR á cobertura das continxencias profesionais

SE A ACTIVIDADE DESENVOLVIDA É ALGUNHA DAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN, MARQUE CUNHA "X" AS CARACTERÍSTICAS DA ACTIVIDADE SEGUNDO O INDICADO:

PRODUCCIÓN AGRÍCOLA ou GANDEIRA [CNAE: 011xx, 012xx o 013xx]

EN EXPLOTACION PROPIA
SEN SERVIZOS A TERCEIROS

CON SERVIZOS A TERCEIROS

TRANSPORTE TERRESTRE [CNAE: 602xx]

TRANSPORTE PESADO EN
VEHÍCULOS DE MÁIS DE 6.000 Kg.

TRANSPORTE LIXEIRO EN
VEHÍCULOS ATA 6.000 Kg.

CORREOS E TELECOMUNICACIÓNS [CNAE 64xxx]

SEN TRANSPORTE

CON RECOLLIDA E TRANSPORTE
DE MERCANCÍA LIXEIRA

INTERMEDIACIÓN FINANCIERA, INCLUÍNDO SEGUROS E PLANS DE PENSIÓN S e
ACTIVIDADES AUXILIARES Á INTERMEDIACIÓN FINANCIERA [CNAE: 65xxx, 66xxx e 67xxx]

SEN DESPRAZAMENTOS
HABITUAIS

CON DESPRAZAMENTOS
HABITUAIS

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 (folia 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

Form fields for NOME E APELIDOS, NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICADOR, and NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL (NSS)

9. DECLARACIÓN PARA AS SOLICITUDES DE ALTA

D./D.ª: _____, con DNI _____ e NSS _____, en calidade de _____, representante legal da SOCIEDADE _____, con CIF _____ e CCC PRINCIPAL _____

DECLARA que D./D.ª: _____ 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)

- Form fields with checkboxes for: 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 E O/A TRABALLADOR/A QUE PRESENTA ESTA SOLICITUDE ESTÁ UNIDO POR VÍNCULO CONXUGAL OU DE PARENTESCO ATA O SEGUNDO GRAO. O SOCIO TEN ATRIBUÍDO O EXERCICIO DE FUNCIÓNS DE XERENCIA E DIRECCIÓN DA SOCIEDADE. O MEMBRO DO ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN ÉO EN CALIDADE DE _____

SINATURA E SELO

PERANTE O NOTARIO _____ CO NÚMERO DE PROTOCOLO _____

10. DECLARACIÓN PARA AS SOLICITUDES DE BAIXA

D./D.ª: _____, con DNI _____ e NSS _____, en calidade de _____, representante legal da SOCIEDADE _____, con CIF _____ e CCC PRINCIPAL _____

DECLARA que D./D.ª: _____ 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)

- Form fields with checkboxes for: 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, E O/A TRABALLADOR/A QUE PRESENTA ESTA SOLICITUDE ESTÁ UNIDO/A CON ALGÚN VÍNCULO CONXUGAL OU DE PARENTESCO ATA O SEGUNDO GRAO. O SOCIO TEN ATRIBUÍDO O EXERCICIO DE FUNCIÓNS DE XERENCIA E DIRECCIÓN DA SOCIEDADE. O MEMBRO DO ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN LO ÉO EN CALIDADE DE _____

SINATURA E SELO

PERANTE O NOTARIO _____ CO NÚMERO DE PROTOCOLO _____

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) (01-06-2007)

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, contados 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 presentación de documentos e outros elementos de xuízo necesarios, así como no resto dos supostos do art. 42.5 da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común. Transcorrido o citado prazo sen que recaia resolución expresa, a solicitude poderá entenderse estimada, o que se lle comunica para os efectos do establecido no artigo 42.4 da Lei 30/1992.



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 artigo 70 da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, 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

TA.0521/5-G (emenda) (01-06-2007)

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. 71 da Lei 30/1992, nun prazo de DEZ DÍAS, o 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, dítase 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, contados 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 presentación de documentos e outros elementos de xuízo necesarios, así como no resto dos supostos do art. 42.5 da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común. Transcorrido o citado prazo sen que recaia resolución expresa, a solicitude poderá entenderse estimada, o que se lle comunica para os efectos do establecido no artigo 42.4 da Lei 30/1992.