



DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Resolución de 4 de febrero de 2004, del Instituto Nacional de la Seguridad Social, sobre cumplimiento por los trabajadores por cuenta propia de la obligación establecida en el párrafo segundo del artículo 12 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre. La Resolución citada establece que la declaración deberá presentarse dentro de los 15 días siguientes a la fecha de la baja médica, en el caso de incapacidad temporal; 15 días siguientes a la suspensión de la actividad, en los supuestos de riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, en la maternidad, dentro de los 15 días siguientes a la fecha del parto o inicio del descanso maternal o de la fecha de la resolución administrativa o judicial mediante la que se constituye el acogimiento o la adopción, en la paternidad, en los 15 días siguientes al inicio del descanso; en el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, en los 15 días a la fecha de la reducción de la jornada.

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre
DNI/NIF/NIE	Núm. de la Seguridad Social	Domicilio		

Declara bajo su responsabilidad que:

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza SÍ NO

Nombre Empresa	CIF Empresa
----------------	-------------

Que dicho establecimiento tiene su domicilio en

Que la actividad económica, oficio o profesión es la de

y que durante la situación de incapacidad temporal/ maternidad/ paternidad/ riesgo durante el embarazo o la lactancia natural/ cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave (táchese lo que no proceda), la actividad queda en la siguiente situación:

1. Gestionado por:

A. Familiar: D/Dª _____
 Número de la Seguridad Social: _____
 DNI/NIF/NIE: _____ Código de cuenta cotización de la empresa: _____
 Parentesco: _____

B. Empleado del establecimiento:
 D/Dª _____
 Número de la Seguridad Social: _____
 DNI/NIF/NIE: _____ Código de cuenta cotización de la empresa: _____

C. Gestionado por otra persona:
 D/Dª _____
 Número de la Seguridad Social: _____
 DNI/NIF/NIE: _____ Código de cuenta cotización de la empresa: _____

2. Cese temporal o definitivo de la actividad durante la situación de incapacidad temporal/ maternidad/ paternidad/ riesgo durante el embarazo o la lactancia natural/ cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave (táchese lo que no proceda), del titular del establecimiento.

3. O por el contrario, declara que se encuentra incluido en el Régimen especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón de la actividad económica de _____ domicilio en _____

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y manifiesto igualmente que asumo la obligación de comunicar a **ACTIVA MUTUA**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social núm. 3, cualquier variación de los datos consignados que se pueda producir de ahora en adelante, y

MANIFIESTO mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos del historial clínico, custodiado por esta mutua o centros concertados, la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario a disposición de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la OM 18-11-99 (BOE del día 30), o en cualquier otro organismo que tuviera atribuida la competencia; así como para que mis datos de identificación personal y de residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informáticamente.

....., a de de 20

Firma del solicitante

En cumplimiento con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/ 679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (en adelante RGPD), le informamos que los datos personales facilitados son incorporados a una base de datos titularidad y responsabilidad de ACTIVA MUTUA 2008 cuya finalidad es la gestión de las contingencias profesionales y comunes. Sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para la finalidad del tratamiento y una vez finalizada la misma se mantendrán a disposición de la administración pública, jueces y tribunales durante el plazo previsto de prescripción de las acciones que resulten de aplicación al tratamiento de sus datos. Podrá ejercitar los derechos acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad a través del correo electrónico lapd@activamutua.es. Puede dirigirse a nuestro Delegado de Protección de Datos a través del correo electrónico dpo@activamutua.es. Por último, le informamos que le asiste el derecho a reclamar ante la Agencia Española de Protección de datos www.agpd.es. Podrá encontrar más información en nuestra política de privacidad de la web www.activamutua.es.