



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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	1.3 GRADO DE DISCAPACIDAD	1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	1.5 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	<input type="text"/>	D.N.I.: <input type="text"/> TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="text"/> PASAPORTE: <input type="text"/>	<input type="text"/>
1.6 DOMICILIO	1.7 DATOS TELEFONICOS		
TIPO DE VÍA: <input type="text"/> NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA: <input type="text"/>	CORREO ELECTRÓNICO: <input type="text"/>		
BLOQUE: <input type="text"/> NÚM.: <input type="text"/> BIS: <input type="text"/> ESCAL.: <input type="text"/> PISO: <input type="text"/> PUERTA: <input type="text"/> CÓD. POSTAL: <input type="text"/>	ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TELÉFONO MÓVIL: <input type="text"/>		
MUNICIPIO/ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO: <input type="text"/> PROVINCIA: <input type="text"/>			

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

ALTA: <input type="checkbox"/> BAJA: <input type="checkbox"/> VARIACIÓN DE DATOS: <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO/CESE/VARIACIÓN DE DATOS: Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>
2.1 CAUSA DE LA BAJA / VARIACIÓN DE DATOS: <input type="text"/>	2.2 D.N.I./N.S.S./C.I.F. o C.C.C. DEL SUCESOR/A DE LA ACTIVIDAD: <input type="text"/>
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: <input type="text"/>	3.2 I.A.E.: <input type="text"/>	CNAE 2009: <input type="text"/>
3.3 NOMBRE COMERCIAL: <input type="text"/>		
3.4 DOMICILIO	3.5 MARQUE CON "X" SI ESTA INCLUIDO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS	
TIPO DE VÍA: <input type="text"/> NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA: <input type="text"/>	MUJER REINCORPORADA AL TRABAJO, DESPUÉS DE MATERNIDAD: <input type="checkbox"/> VENTA AMBULANTE: <input type="checkbox"/> TRABAJADOR DE TEMPORADA (FECHA PREVISTA CESE ACTIVIDAD): <input type="text"/>	
BLOQUE: <input type="text"/> NÚM.: <input type="text"/> BIS: <input type="text"/> ESCAL.: <input type="text"/> PISO: <input type="text"/> PUERTA: <input type="text"/> CÓD. POSTAL: <input type="text"/>	AUTÓNOMO INTEGRADO EN UN COLEGIO PROFESIONAL: <input type="checkbox"/> NOTARIO: <input type="checkbox"/>	
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO: <input type="text"/> PROVINCIA: <input type="text"/> TELÉFONO: <input type="text"/>		

4. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN, DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES Y DE LA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL

IMPORTANTE: CUMPLIMENTAR EN LA SIGUIENTE HOJA

5. OTROS DATOS

5.1 DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE	5.2 DATOS RELATIVOS AL AUTORIZADO DEL SISTEMA RED
NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL: <input type="text"/>	NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL: <input type="text"/>
N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO: <input type="text"/>	NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN: <input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: <input type="text"/>	

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

DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1.6): <input type="checkbox"/>	DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL (APARTADO 3.4): <input type="checkbox"/>	OTRO DOMICILIO (ANOTAR EN LA SIGUIENTE HOJA): <input type="checkbox"/>
--	--	--

7. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN): <input type="text"/>	TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
	D.N.I.: <input type="text"/> C.I.F.: <input type="text"/> TARJETA EXTRANJERO: <input type="text"/> PASPT.: <input type="text"/>	<input type="text"/>
DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO: <input type="text"/>		

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/> D.N.I.: <input type="text"/> FIRMA: <input type="text"/>	BOLETINES DE COTIZACIÓN RECIBIDOS: DE <input type="text"/> A <input type="text"/> Fecha: <input type="text"/> D.N.I.: <input type="text"/> FIRMA: <input type="text"/>

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.0521/2 (Hoja 1/2)

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. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL QUE DA COBERTURA A LA INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

MUTUA Nº

NOMBRE

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

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

**ACogerse**

☐  
☐

A la cobertura de las contingencias profesionales.

A la cobertura de cese de actividad.

**RENUNCIAR**

☐  
☐

A la cobertura de las contingencias profesionales.

A la cobertura de cese de actividad.

4.4. OPCIÓN RESPECTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN SITUACIÓN DE PLURIACTIVIDAD

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

☐

**ACogerse** a la cobertura de la Incapacidad Temporal

☐

**NO ACogerse** a la cobertura de la Incapacidad Temporal

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
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO	MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA			TELÉFONO		
	<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		
APARTADO DE CORREOS								
<input type="text"/>								

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

APELLIDOS Y NOMBRE	
<input type="text"/>	
Nº DE SEGURIDAD SOCIAL	Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALTA <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/> VARIACIÓN DE DATOS <input type="checkbox"/>	FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS
	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN	
<input type="text"/>	

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. 22.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. 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 21.4 de la Ley 39/2015.



### 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 66 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, 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

APELLIDOS Y NOMBRE	
<input type="text"/>	
Nº DE SEGURIDAD SOCIAL	Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALTA <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/> VARIACIÓN DE DATOS <input type="checkbox"/>	FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS
	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN	
<input type="text"/>	

De conformidad con lo establecido en el art. 68 de la Ley 39/2015, en un plazo de DIEZ DÍAS, el solicitante deberá subsanar la falta que se indica y/o acompañar los documentos que se relacionan.

<input type="text"/>
----------------------

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. 22.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. 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 21.4 de la Ley 39/2015.