



## Declaración Responsable acreditación cierre temporal y total de la actividad - Prestación extraordinaria por suspensión temporal actividad (resolución autoridad)

(Art. 13.1 del Real Decreto-Ley 30/2020, de 29 de septiembre)

### Datos del trabajador autónomo solicitante

Nombre y apellidos:	
CIF/NIF:	NAF:
CNAE:	Descripción CNAE:

Como declaración complementaria de la suscrita para solicitar a Mutual Midat Cyclops, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social número 001, el reconocimiento de la prestación extraordinaria de cese de actividad, dirigida a los trabajadores autónomos afectados por una suspensión temporal de toda la actividad, a consecuencia de una resolución de la autoridad competente como medida de contención de la propagación del virus COVID-19, por medio del presente escrito y al amparo de lo previsto en el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, formulo

### DECLARACIÓN RESPONSABLE

**PRIMERO.-** Que he suspendido temporalmente todas mis actividades por cuenta propia, en cumplimiento de la obligación establecida en resolución adoptada por la autoridad competente, como medida de contención en la propagación del virus COVID-19.

**SEGUNDO.-** Que, en particular, no llevo a cabo durante dicha suspensión temporal entrega a domicilio ni puesta a disposición para recogida de los productos que se dispensan en mi establecimiento.

**TERCERO.-** Que no puedo acogerme, ni encuadrarme, en ninguna de las excepciones que prevé la norma para continuar la actividad, ni siquiera de forma parcial.

Me comprometo a aportar a esa Mutua la documentación que me requiera para acreditar la veracidad de esta declaración; a comunicarle cualquier modificación en la situación de mi actividad que suponga una alteración en lo manifestado, y a no compatibilizar indebidamente la percepción de la prestación solicitada con la realización total ni parcial de actividad por cuenta propia alguna.

En, \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del trabajador autónomo <sup>(1)</sup>

Firma del representante <sup>(1)</sup>

Nombre asesoría  
Nombre y apellidos  
DNI/NIE/Pasaporte

<sup>(1)</sup> La solicitud únicamente deberá estar firmada por el solicitante o en su defecto por el representante indicando la información en la casilla correspondiente