



## Declaración responsable para mantener el reconocimiento de la 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 mi actividad por cuenta propia, continúa suspendida temporalmente 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 (marque una de las opciones)

El local abierto al público donde desarrollo mi actividad se encuentra ubicado en un establecimiento con una superficie mayor a 400 metros cuadrados, y la actividad no se encuentra entre las excepciones que permite la resolución gubernativa.

El establecimiento se encuentre dentro de un centro o parque comercial, o no tiene acceso directo e independiente desde el exterior.

Indicar cualquier otra circunstancia relacionada con la Resolución gubernativa no contemplada en los dos puntos anteriores y que imposibiliten la reapertura la actividad suspendida:

**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 declaración únicamente deberá estar firmada por el solicitante o en su defecto por el representante indicando la información en la casilla correspondiente