

Declaració de situació d'activitat

Registre d'entrada
a MC Mutual

Resolució de 04/02/2004 de l'INSS i Resolució de 22/03/2004 de l'ISM, sobre compliment pels treballadors per compte propi de l'obligació establerta al Reial decret 1273/2003, en la qual s'estableix que la declaració haurà de presentar-se dins dels 15 dies següents a la data de la baixa mèdica, en el cas d'incapacitat temporal i dels 15 dies següents a la suspensió de l'activitat, en els supòsits de risc durant l'embaràs / durant la lactància natural.

Nom i cognoms: _____
DNI/ NIE / Passaport: _____ N° de la Seguretat Social: _____
Domicili: _____ N°: ____ Pis: ____ Llettra: ____ CP: _____
Província: _____ Tel. fix: _____ Tel. mòbil: _____
Correu electrònic: _____

Declara sota la seva responsabilitat

Ser el titular d'un establiment mercantil, industrial o d'una altra naturalesa, les dades del qual són:

Nom de l'empresa: _____ CIF/NIF: _____
Domicili de l'activitat: _____ N°: ____ Pis: ____ Llettra: _____
Província: _____ CP: _____ Tel. fix: _____ Tel. mòbil: _____
Activitat econòmica / Ofici / Profesió: _____

i que durant la situació de:

Incapacitat Temporal Risc durant l'embaràs / lactància

l'activitat queda en la següent situació:

Cessament temporal de l'activitat mentre persisteixi la situació anterior
 Cessament definitiu de l'activitat
 Gestionat per una altra persona (dades a continuació):

Nom i cognoms: _____
DNI/NIE/Passaport: _____ N° Seg. Social: _____ Data d'alta en l'empresa: _____
Relació amb el titular:
 Familiar (Parentiu): _____ Empleat Altera persona

No ser el titular d'un establiment mercantil, industrial o d'una altra naturalesa però es troba inclòs en el Règim Especial de Treballadors per Compte Propi o Autònoms en raó de l'activitat econòmica de:

Domiciliada en: _____ N°: ____ Pis: ____ Llettra: ____ CP: _____

Signatura del treballador A _____, a ____ de/d' _____ de 20 ____