

## Declaración de situación de actividade

Rexistro de entrada  
en MC MUTUAL

Resolución do 04/02/2004 do INSS e Resolución do 22/03/2004 do ISM, sobre cumprimento por parte dos traballadores por conta propia da obriga establecida no Real decreto 1273/2003, na que se establece que a declaración deberá presentarse dentro dos 15 días seguintes á data da baixa médica, no caso de incapacidade temporal e dos 15 días seguintes á suspensión da actividade, nos supostos de risco durante o embarazo / durante a lactación natural.

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_  
DNI/ NIE / Pasaporte: \_\_\_\_\_ N.º da Seguridade. Social: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_ Letra: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Tel. fixo: \_\_\_\_\_ Tel. móbil: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Declara baixo a súa responsabilidade

**Ser o titular dun establecemento mercantil, industrial ou doutra natureza** cuxos datos son:

Nome da empresa: \_\_\_\_\_ CIF/NIF: \_\_\_\_\_  
Domicilio da actividade: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_ Letra: \_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Tel. fixo: \_\_\_\_\_ Tel. móbil: \_\_\_\_\_  
Actividade económica / Oficio / Profesión: \_\_\_\_\_

e que durante a situación de:

Incapacidade Temporal  Risco durante o embarazo / lactación

a actividade queda na seguinte situación:

Cesamento temporal da actividade mentres persista a situación anterior  
 Cesamento definitivo da actividade  
 Xestionado por outra persoa (datos a continuación):

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_  
DNI/NIE/Pasaporte: \_\_\_\_\_ N.º Seg. Social: \_\_\_\_\_ Data de alta na empresa: \_\_\_\_\_  
Relación co titular:

Familiar (Parentesco): \_\_\_\_\_  Empregado  Outra persoa

**Non ser o titular dun establecemento mercantil, industrial ou doutra natureza** pero encóntrase incluído no Réxime Especial de Traballadores por Conta Propia ou Autónomos en razón da actividade económica de:

Domiciliada en: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_ Letra: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, o \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Sinatura do traballador