

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

D./Dña. _____ , con Número de afiliación a la Seguridad Social _____ , con D.N.I. _____ y con domicilio en _____
_____ declara bajo su responsabilidad que:

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza: SI
 NO (*)

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en _____
C.P. _____ , dirección _____ , teléfono del establecimiento _____
_____ y que durante la situación de Incapacidad Temporal, la actividad queda en la siguiente situación:

1.- Gestionado por:

A.- Familiar: D./Dña. _____
Núm. Identificación Autónomos _____
Núm. Documento Nacional de Identidad _____
Núm. de Afiliación a la Seguridad Social _____
Código cuenta cotización de la empresa _____
Parentesco _____

B.- Empleado del Establecimiento:
D./Dña. _____
Núm. Identificación Autónomos _____
Núm. Documento Nacional de Identidad _____
Núm. de Afiliación a la Seguridad Social _____
Código cuenta cotización de la empresa _____

C.- Gestionado por otra persona:
D./Dña. _____
Núm. Identificación Autónomos _____
Núm. Documento Nacional de Identidad _____
Núm. de Afiliación a la Seguridad Social _____
Código cuenta cotización de la empresa _____

2.- Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de Incapacidad Temporal del Titular del Establecimiento.

3.- O por el contrario, declara que se encuentra incluido en el Régimen Especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos
razón de la actividad económica de _____ que tiene su domicilio en _____
_____ .

En _____ a, _____ de _____ de _____
Firma

(*) Si no marca la casilla NO deberá indicar la actividad económica en el punto 3
NOTA: Márquese con una "X" lo que proceda.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre sobre Protección de datos de carácter personal y legislación que la desarrolla, le informamos que los datos facilitados por Usted quedarán incorporados a un fichero dado de alta en la AGPD del que es responsable **umivale**, cuya finalidad es facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias. Usted podrá en todo momento, ejercer sus derechos de acceso, rectificación y cancelación mediante solicitud dirigida a **umivale**, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia).

A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE POR TRABAJADORES AUTÓNOMOS, RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO POR CUENTA PROPIA Y REPRESENTANTES DE COMERCIO, DENTRO DE LOS QUINCE DÍAS SIGUIENTES A LA BAJA.