

# DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD



Resolución de 4 de Febrero de 2004, del Instituto Nacional de la Seguridad Social, sobre el cumplimiento por los trabajadores por cuenta propia de la obligación establecida por el párrafo segundo del artículo 12 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de Octubre. <sup>1</sup>

Fraternidad-Muprespa - Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, nº275. Domicilio social: Plaza Cánovas del Castillo, 3 - 28014 (MADRID) - C.I.F. : G-82287228 - http://www.fraternidad.com

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
DNI / NIE / Pasaporte: \_\_\_\_\_ Nº de la Seg.Social: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Letra: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Tfno. fijo: \_\_\_\_\_ Tfno. móvil: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:

**Ser el titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza** cuyos datos aparecen a continuación:

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ CIF / NIF: \_\_\_\_\_  
Domicilio de la actividad: \_\_\_\_\_ Nº.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Letra: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Tfno. fijo: \_\_\_\_\_ Tfno. móvil: \_\_\_\_\_  
Actividad económica / Oficio / Profesión: \_\_\_\_\_

y que durante la situación de (marque la que proceda):

Incapacidad temporal     Maternidad / Paternidad     Riesgo durante el embarazo / lactancia

la actividad queda en la siguiente situación:

Cese temporal de la actividad mientras persista la situación anterior  
 Cese definitivo de la actividad  
 Gestionado por otra persona (cuyos datos aparecen a continuación):

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
DNI / NIE / Pasaporte: \_\_\_\_\_ Nº de la Seg. Social: \_\_\_\_\_ Fecha de alta en la empresa: \_\_\_\_\_  
Relación con el titular:  Familiar (parentesco): \_\_\_\_\_  Trabajador del establecimiento  Otra  
Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**No ser el titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza** y encontrarse incluido en el Régimen Especial de Trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón de la actividad económica de:

\_\_\_\_\_   
domiciliada en: \_\_\_\_\_ Nº.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Letra: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ADICIONAL (informar cuando los asuntos laborales sean llevados por una gestoría)

Nombre de la gestoría: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Tfno. fijo: \_\_\_\_\_ Tfno. móvil: \_\_\_\_\_

En: \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del trabajador

<sup>1</sup> La Resolución citada establece que la declaración deberá presentarse en los 15 días siguientes a la fecha de la baja médica, en el caso de incapacidad temporal; 15 días siguientes a la suspensión de la actividad, en los supuestos de riesgo durante el embarazo y/o durante la lactancia natural.