

SOLICITUD DE ADHESIÓN PARA TRABAJADORES AUTÓNOMOS

En, _____, a _____ de _____ de 20_____

DATOS DEL TRABAJADOR AUTÓNOMO

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____

D.N.I. /N.I.E.: _____

N.A.F.: _____

Por medio del presente escrito solicito concertar con FRATERNIDAD-MUPRESPA la cobertura de contingencias que actualmente tengo cubiertas con el Instituto Nacional de la Seguridad Social a partir del 1 de junio de 2019.

Atentamente,

Fdo: _____