

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

(Resolución de 4 de febrero de 2004, Artículo 2º a) y b) BOE, 18 de febrero, de la Dirección General del Instituto de la Seguridad Social, sobre cumplimiento por los trabajadores por cuenta propia o autónomos de la obligación establecida en el párrafo segundo del artículo 12 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre).

D/Dña, _____ con número de Identificación de Autónomo _____,
Documento Nacional de Identidad nº _____, y con domicilio en _____ declara bajo su responsabilidad que:

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

Si marca la casilla "SÍ" deberá indicar el nombre del establecimiento. Si marca la casilla "NO" deberá cumplimentar el punto 3.

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en _____
Que la actividad económica, oficio o profesión es la de _____

1.- Gestionado por:

A - Familiar

D / Dña:

Nº de Documento Nacional de Identidad
Nº de Afiliación a la Seguridad Social
Código Cta. Cotización Empresa
Parentesco

B - Empleado del establecimiento

D / Dña:

Nº de Documento Nacional de Identidad
Nº de Afiliación a la Seguridad Social
Código Cta. Cotización Empresa

C - Gestionado por otra persona

D / Dña:

Nº de Documento Nacional de Identidad
Nº de Afiliación a la Seguridad Social
Código Cta. Cotización 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 en razón de la actividad económica de _____ que tiene su domicilio en _____.

En _____ a ____ de _____ de _____.

Firma

Firma