



TA.0521/7 (Hoja 1/2)

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE: ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA ESPECIAL PARA TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA AGRARIOS

1. DATOS DEL SOLICITANTE

1.1 PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE _____ 1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____

FECHA DE NACIMIENTO: Día Mes Año 1.3 GRADO DE DISCAPACIDAD 1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO: D.N.I.: TARJETA DE EXTRANJERO: PASAPORTE: 1.5 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO _____

1.6 DOMICILIO: TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA _____ BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PUERTA CÓD. POSTAL
MUNICIPIO/ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO _____ PROVINCIA _____

1.7 DATOS TELEMÁTICOS: CORREO ELECTRÓNICO ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI NO TELÉFONO MÓVIL

2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (Marque con "X" la opción correcta)

ALTA BAJA VARIACIÓN DE DATOS FECHA DE INICIO/CESE/VARIACIÓN DE DATOS: Día Mes Año

2.1 CAUSA DE LA BAJA / VARIACIÓN DE DATOS _____ 2.2 D.N.I./N.S./S/C.I.F. o C.C.C. DEL SUCESOR/A DE LA ACTIVIDAD _____

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

_____ _____

3. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA - COLEGIO PROFESIONAL _____ 3.2 I.A.E. _____ CNAE 2009 _____

3.3 NOMBRE COMERCIAL _____ 3.5 MUJER REINCORPORADA AL TRABAJO DESPUÉS DE MATERNIDAD

3.4 DOMICILIO: TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA _____ BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PUERTA CÓD. POSTAL
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO _____ PROVINCIA _____ TELÉFONO _____

4. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN

BASE MÍNIMA BASE MÁXIMA OTRA BASE _____ SOLICITA el INCREMENTO automático de la Base de Cotización en el mismo porcentaje en que se incremente la Base Máxima de Cotización del Régimen Especial.

5. OTROS DATOS

5.1 DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE: NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL _____ N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO _____ NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____

5.2 DATOS RELATIVOS AL AUTORIZADO DEL SISTEMA RED: NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL _____ NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN _____

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE (Marque con una "X" la opción correcta)

DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1.6) DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL (APARTADO 3.4) OTRO DOMICILIO

DOMICILIO: TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA _____ BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PUERTA CÓD. POSTAL
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO _____ PROVINCIA _____ TELÉFONO _____
APARTADO DE CORREOS _____

7. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO: TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO: D.N.I.: C.I.F.: TARJETA EXTRANJERO: PASPRT.: N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO _____

FIRMA DEL TRABAJADOR/A	FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD Fecha: _____ D.N.I.: _____ FIRMA: _____	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN BOLETINES DE COTIZACIÓN RECIBIDOS: DE _____ A _____ Fecha: _____ D.N.I.: _____ FIRMA: _____
-------------------------------	--	---	--

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. : _____

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

TA.0521/7 (Hoja 1/2) (12-01-2015)



TA.0521/7 (Hoja 2/2)

Registro de presentación

Registro de entrada

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR AGRARIO CUENTA PROPIA PARA SU INCLUSIÓN EN EL SISTEMA ESPECIAL PARA TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA AGRARIOS Y OPCIONES DE COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS	NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. DECLARACIONES DEL TRABAJADOR/A AGRARIO/A POR CUENTA PROPIA

8.1 DECLARA A EFECTOS DE LA INCLUSIÓN EN EL SISTEMA ESPECIAL AGRARIO COMO TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 18/2007, QUE (Marque SI o NO):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REALIZO LAS LABORES AGRARIAS DE FORMA PERSONAL Y DIRECTA EN LAS EXPLOTACIONES AGRARIAS INDICADAS EN ESTA SOLICITUD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AL MENOS EL 50 POR CIENTO DE MI RENTA TOTAL LA OBTENGO DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES AGRARIAS U OTRAS COMPLEMENTARIAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AL MENOS EL 25 POR CIENTO DE MI RENTA TOTAL PROCEDE DIRECTAMENTE DE MIS ACTIVIDADES AGRARIAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LOS RENDIMIENTOS ANUALES NETOS OBTENIDOS DE LA EXPLOTACIÓN AGRARIA NO SUPERAN EL 75 POR 100 DEL IMPORTE, EN CÓMPUTO ANUAL, DE LA BASE MÁXIMA DE COTIZACIÓN ESTABLECIDA EN EL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MÁS DE LA MITAD DE MI TIEMPO DE TRABAJO LO DEDICO A ACTIVIDADES AGRARIAS O COMPLEMENTARIAS DE LAS MISMAS

LAS EXPLOTACIONES AGRARIAS DE LAS QUE SOY TITULAR COMO PROPIETARIO, ARRENDATARIO, APARCERO, CESIONARIO U OTRO CONCEPTO ANÁLOGO, EL NÚMERO DE TITULARES DE CADA EXPLOTACIÓN, Y EL NÚMERO DE TRABAJADORES POR CUENTA AJENA EN CADA EXPLOTACIÓN ES EL SIGUIENTE:

EXPLOTACIÓN (Indique su denominación o localización)	NÚMERO DE TITULARES	NÚMERO DE TRABAJADORES FIJOS	NÚMERO DE TRABAJADORES EVENTUALES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EL NÚMERO DE JORNADAS REALES REALIZADAS POR LOS TRABAJADORES EVENTUALES EN CADA EXPLOTACIÓN AGRARIA NO SUPERA LAS 546 AL AÑO.

8.2 ASIMISMO DECLARA QUE EL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN EN LA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD AGRARIA, CON EL QUE LE UNE EL VÍNCULO DE PARENTESCO DE

ES:

APELLIDOS Y NOMBRE

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)

D.N.I.: TARJETA DE EXTRANJERO: PASAPORTE:

Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

Nº DE SEGURIDAD SOCIAL

9. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES Y PROFESIONALES (ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES)

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

ACOGERSE a la cobertura de Incapacidad Temporal por contingencias comunes. El abono de la cobertura se concierta con la Mutua (1)

RENUNCIAR a la cobertura de Incapacidad Temporal por contingencias comunes. Si cesan las condiciones dadas en el alta y la Mutua pasa a ser obligatoria el abono de la cobertura se concierta con la Mutua(1)

(1) Campo obligatorio:

Mutua N° NOMBRE

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

ACOGERSE A la cobertura de las contingencias profesionales.
 A la cobertura de cese de actividad.

RENUNCIAR A la cobertura de las contingencias profesionales.
 A la cobertura de cese de actividad.

FIRMA DEL TRABAJADOR/A

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

