



Registro de presentación	Registro de entrada
--------------------------	---------------------

SOLICITUD PARA TRABAJADORES DE ALTA EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS PARA LA COBERTURA DE RIESGOS PROFESIONALES Y DE LA PRESTACIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD, EN VIRTUD DEL PLAZO EXTRAORDINARIO DADO POR LA ORDEN MINISTERIAL DE 9 DE MARZO DE 2011 (PLAZO DE SOLICITUD DE: 12-03-2011 A 30-06-2011)

1. DATOS DEL SOLICITANTE

1.1 PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
1.3 FECHA DE NACIMIENTO	1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		1.5 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO						
Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	D.N.I.: <input type="checkbox"/> TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/> PASAPORTE: <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>						
1.6 DOMICILIO	TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL
	<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"/>
	MUNICIPIO/ENTIDAD DE AMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO				PROVINCIA				
	<input type="text"/>				<input type="text"/>				
1.7 DATOS TELEMÁTICOS	CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>								
	SOLICITA RECIBIR INFORMACIÓN DEL TRÁMITE MEDIANTE SMS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TELÉFONO MÓVIL PARA SMS <input type="text"/>								

2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD

2.1 ENTIDAD DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES CON LA QUE TIENE CUBIERTO EL RIESGO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

MUTUA DE A.T. y E.P. NÚMERO	<input type="text"/>	NOMBRE DE LA MUTUA	<input type="text"/>
-----------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

2.2 SOLICITA ACOGERSE A LA COBERTURA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES Y A LA PRESTACIÓN POR CESE DE ACTIVIDAD

FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA Día Mes Año

3. DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Marque con una "X" la opción correcta)

A efectos de lugar de Notificación el interesado/a DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1.6) EL INDICADO A CONTINUACIÓN señala como domicilio preferente:

TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL
<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"/>
MUNICIPIO/ENTIDAD DE AMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO				PROVINCIA			TELÉFONO	
<input type="text"/>				<input type="text"/>			<input type="text"/>	

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE	
Lugar:	Fecha:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma	<input type="text"/>

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