



NOTA INFORMATIVA AUTONOMOS SOLICITUD PROTECCION POR CESE DE ACTIVIDAD

Ley 32/2010 de 5 de Agosto, B.O.E. Nº 190 , 06 de Agosto de 2010, por la que se establece un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos.

Como continuación del boletín de noticias enviado en fecha 31/08/2010 os indico que la Tesorería ya ha procedido a editar el modelo correspondiente que os adjuntamos, por otra parte se nos informa de lo siguiente:

- 1- Los autonomos que tengan la opción de AT, serán dados de alta automáticamente en cese de actividad desde el 1 de Noviembre de 2010, por lo que la cuota de autónomos de Noviembre se verá incrementada en un 2,2% que se aplicará a la base de cotización.
- 2- Los autónomos que presenten la solicitud del cese de actividad desde el 07-11-2010, tomarán efectos desde el día primero del mes siguiente a la fecha de presentación.

El plazo de presentación será dentro de los tres meses siguientes a la fecha indicada.

Para aquellas Autoescuelas que tengan contratado la Asesoría Laboral podrán realizar dicho trámite en nuestras oficinas, aportando fotocopia del DNI, último recibo de autónomos y firmando la solicitud por duplicado.

Móstoles, a 12 de Noviembre de 2010

Asesoría Laboral



| | |
|--------------------------|---------------------|
| 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 LEY 32/2010 DE CINCO DE AGOSTO (PLAZO DE SOLICITUD DE: 7-11-2010 A 6-2-2011)

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"/> |
| FECHA DE NACIMIENTO | | 1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO | |
| Día <input type="text"/> | Mes <input type="text"/> | Año <input type="text"/> | 1.5 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO |
| | | 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 |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | NÚM. |
| | | | BIS |
| | | | ESCAL. |
| | | | PISO |
| | | | PUERTA |
| | | | CÓD. POSTAL |
| | | | <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 señala como domicilio preferente: DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1.5) EL INDICADO A CONTINUACIÓN

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 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"/> |