



RESOLUCIÓN DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS DEL TRABAJADOR POR CUENTA AJENA O ASIMILADO

1. DATOS DEL AFILIADO/A

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO		1.1 GRADO DE MINUSVALÍA	1.2 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		1.3 NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		
Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		<input type="text"/>	D.N.I.: <input type="text"/> TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="text"/> PASAPORTE <input type="text"/>		<input type="text"/>		
DOMICILIO	TIPO DE VÍA		NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA		BLOQUE	NUM.	BIS
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUNICIPIO/ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO				PROVINCIA		TELÉFONO	
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	

2. DATOS RELATIVOS A LA RESOLUCIÓN

ALTA <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/> VARIACIÓN DE DATOS <input type="checkbox"/>		2.1 CAUSA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS		FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
FECHA FIN DE VACACIONES			FECHA DE EFECTO		
Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>			Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		

3. DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

RAZÓN SOCIAL DEL EMPRESARIO COLECTIVO O NOMBRE Y APELLIDOS DEL EMPRESARIO INDIVIDUAL		3.1 RÉGIMEN SISTEMA ESPECIAL	CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN(C.C.C)
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
CNAE			
<input type="text"/>			
DOMICILIO			
<input type="text"/>			

4. DATOS LABORALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL

4.1 CONTRATO DE TRABAJO			
4.1.1 CÓDIGO	4.1.2 FECHA DE INICIO DEL CONTRATO DE TRABAJO	4.1.3 CAUSA ALTA SUCESIVA	4.1.4 EMPRESA DE ORIGEN DEL CONTRATO
<input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.2 TRABAJADORES/AS CON EXCLUSIÓN DE COTIZACIÓN		4.3 RELACIÓN LABORAL DE CARÁCTER ESPECIAL	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4.4 GRUPO COT	4.5 EPÍGRAFE AT/EP	4.6 C.C.C. o N°S.S DEL EMPRESARIO USUARIO	4.7 IDENTIFICACIÓN DE LA EMBARCACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.8 INDIQUE SI EL TRABAJADOR SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE:			
DESEMPLEADO/A	DESEMPLEADO/A MAS DE 12 MESES	DESEMPLEADO/A SUBSIDIO REAL	MUJER SUBREPRESENTADA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXCLUSIÓN SOCIAL	PRIMER/A TRABAJADOR/A DE AUTÓNOMO/A		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.9 TIEMPO PARCIAL	N° HORAS ORDINARIAS(A)	N° HORAS JORNADA MAXIMA(B)	COEFICIENTE TIEMPO PARCIAL
<input type="text"/>	Día <input type="text"/> Semana <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.10 N.S.S TRABAJADOR/A SUSTITUIDO/A	4.11 CAUSA DE LA SUSTITUCIÓN	4.12 CATEGORÍA PROFESIONAL	4.13 C.O.E. 4.14 CONV. COLECTIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.15 INDIQUE SI EL TRABAJADOR SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE LAS SITUACIONES ESPECIALES SIGUIENTES			
EXCEDENCIA CUIDADO HIJO	EXCEDENCIA OTRO FAMILIAR	GUARDA LEGAL-%-	MATERNIDAD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
SUSPENSIÓN POR REGULACIÓN DE EMPLEO TOTAL/PARCIAL-%-	HUELGA TOTAL/PARCIAL CIERRE PATRONAL-%-		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4.16 SISTEMA ESPECIAL DE FRUTAS, HORTALIZAS E INDUSTRIAS DE CONSERVAS VEGETALES			
4.16.1 COEFICIENTE DE PERMANENCIAS	4.16.2 DÍAS DE TRABAJO	4.16.3 DÍAS EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL MATERNIDAD O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4.17 COTIZACIÓN DE AT y EP			
4.17.1 PORCENTAJE IT	4.17.2 PORCENTAJE IMS	4.17.3 PORCENTAJE TOTAL	4.17.4 OCUPACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

De conformidad con los términos de la autorización número _____, concedida en fecha _____ a _____ por la Tesorería General de la Seguridad Social, certifico que estos datos han sido transmitidos y validados por la misma e impresos de forma autorizada surtiendo efectos en relación con el cumplimiento de las obligaciones pertinentes conforme al artículo dos de la orden de 3 de Abril de 1995 (Boletín oficial del Estado del 7 de Abril).

Referencia:

Fecha:

Hora:

Huella