



DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

(Resolución de 1 de marzo de 1994, de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, sobre cumplimiento por los trabajadores por cuenta propia o autónomos de la obligación establecida en la disposición adicional décima del Real Decreto 2319/1993 de 29 de diciembre)

D./D^a, con núm. de Identificación de Autónomo, con núm. de Documento Nacional de Identidad y con domicilio en **declara bajo su responsabilidad:**

Que es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza SI NO (*)

Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en, que la actividad económica, oficio o profesión es la de y que durante la situación de Incapacidad Temporal o Maternidad, la actividad queda en la siguiente situación:

1.- Gestionado por:

A.- Familiar:

D/D^a
Núm. Identificación Autónomos Núm. DNI
Núm. Afiliación Seguridad Social..... Código cuenta cotización de la empresa.....
Parentesco:

B.- Empleado del establecimiento:

D/D^a
Núm. Afiliación Seguridad Social..... Núm. DNI
Código cuenta cotización de la empresa.....

C.- Gestionado por otra persona:

D/D^a
Núm. Afiliación Seguridad Social..... Núm. Identificación Autónomos
Núm. DNI Código cuenta cotización de la empresa.....

2.- Cese temporal o definitivo en la actividad durante la situación de Incapacidad Temporal o Maternidad 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 200.....

Firma,

(*) Si se marca la casilla "NO", deberá indicar la actividad económica y el domicilio donde se desarrolla, en el punto 3.