



## **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		TELÉFONO MÓVIL PARA SMS	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<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	NOMBRE DE LA MUTUA
<input type="text"/>	<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"/>