

SOLICITUD DE ADHESION PARA LA COBERTURA DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES Y EN SU CASO DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES DE LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA.

INTERVENCION

--

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre		Régimen
Domicilio: Calle o plaza		C. Postal - Localidad
Nº Afiliación Seguridad Social	N.I.F.	Fecha Nacimiento

DATOS DE LA ACTIVIDAD

Actividad	Fecha de iniciación
Razón Social	
Domicilio: Calle o plaza	C. Postal - Localidad

Dentro del plazo establecido en la normativa vigente (**antes del día 1 de Octubre del presente año**), el trabajador por Cuenta Propia o Autónomo cuyos datos de identificación se hacen constar, solicita suscribir con MAZ, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social núm. 011, el Documento de Adhesión correspondiente, con efectos del día **1 de Enero siguiente**.

....., de de 20....

(Firma)