

SOLICITUD DE PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA POR CESE DE ACTIVIDAD. SOLICITUD DE MODIFICACIÓN / RENUNCIA

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha nacimiento
Nº de afiliación de la Seguridad Social	DNI / NIF	Teléfono fijo	Teléfono móvil
Domicilio personal		Correo electrónico	
Código postal	Localidad	Provincia	

2. SOLICITUD

Pongo en conocimiento de MAZ que, en relación a mi solicitud previa de prestación extraordinaria por cese de actividad por COVID-19, regulada en el art. 17 del Real Decreto-Ley 8/2020, de 17 de Marzo, se han producido las siguientes circunstancias:

Desistir de la Solicitud presentada para la Prestación Extraordinaria por Cese de Actividad.

En el mes previo a la solicitud no acredito la reducción de ingresos superior al 75% respecto al semestre anterior.

Por lo anterior, **solicito**

Renunciar al derecho reconocido a mi favor, comprometiéndome a devolver las cantidades que me fueran ingresadas en virtud de dicho reconocimiento.

Modificar mi solicitud anterior, entendiendo que la misma se justifica por la facturación llevada a cabo en el mes de _____ de 2020, la cual supone una reducción de ingresos superior al 75% respecto al promedio mensual desde el mes de septiembre de 2019 hasta febrero de 2020 (ambos inclusive) y que, en su mérito, se reconozca la prestación con los efectos que correspondan, comprometiéndome a devolver las cantidades que pudieran haber sido ingresadas por algún periodo considerado como indebido.

Y mediante la firma, o documento acreditativo de la misma, del presente impreso requiero que se lleven a cabo las acciones indicadas sobre la prestación extraordinaria de cese de actividad previamente presentada.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición, adoptando para ello todas las medidas necesarias para la resolución.

Firma del solicitante:

En a de de

Se le comunica que los datos personales facilitados serán tratados por MAZ, M.C.S.S. Nº 11 con la finalidad de gestionar las prestaciones de Seguridad Social como Entidad Colaboradora competente, así como cualquier información que se considere de interés para el firmante.

MAZ como Responsable de Tratamiento, le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, rectificación, portabilidad, supresión y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección lopd@maz.es

No se tramitarán solicitudes de modificación o renuncia a través de dicha dirección de correo que únicamente ha sido habilitada a los efectos de garantizar la tramitación de los derechos en materia de protección de datos.

Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web:

<https://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx>