

DOCUMENT DE PROPOSICIÓ D'ASSOCIACIÓ

D. A. núm.	Efecte	Col·laborador	Clau	Codi compte cotització assignat

Empresa	CIF/NIF	Telèfon
Domicili	Localitat	Codi postal
Domicili del Centre de Treball		Localitat

1. Altres codis compta cotització

C.C.C.	Causa obertura	Data assignació	C.C.C.	Causa obertura	Data assignació

2. Activitat econòmica i règim de la seguretat social

Activitat econòmica	Clau C.N.A.E.	Núm. Treballadors
Règim / Sector de la Seguretat Social	Sistema especial de la Seguretat Social	
Causa de l'obertura	Data de l'obertura	C.C.C. Antecessora

Sol·licita d'**umivale Activa**, l'associació a la mateixa per a la protecció de les contingències d'Accidents de Treball i Malalties Professionals, fent constar les següents dades:

3. Informe emès pel comitè d'empresa o delegat de personal

<input type="checkbox"/> S'Adjunta
<input type="checkbox"/> No s'adjunta per no existir aquest òrgan de representació.
<input type="checkbox"/> No s'adjunta. (Altres motius), en el seu cas indiqui quins:

4. Altres dades de l'activitat

Realitza l'empresa alguna activitat de les compreses en el quadre de Malalties Professionals (EP)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Realitza reconeixements mèdics previs i periòdics al seu personal amb el risc de EP?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

5. Tarificació

C.N.A.E.	TÍTOL DE L'ACTIVITAT ECONÒMICA	% I.T.	% I.M.S.	TOTAL

L'empresa declara que els anteriors codis i títols d'activitat són els que es corresponen amb la realitat i es compromet a adequar els seus tipus de cotització a la realitat existent a cada moment en l'empresa, en els percentatges legalment aplicables, i desitja que l'associació tingui efecte a partir de les 0 hores del dia a _____ de _____ de _____

Sr./Sra.: _____ amb D.N.I _____ en qualitat de _____

Signat

Signat **umivale Activa**