****



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROCEDIMIENTO | CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO | DOCUMENTO |
| **PROGRAMA DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS ESPECÍFICOS PARA TRABAJADORES/AS AUTÓNOMOS/AS** | **TR828A** | **SOLICITUD** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
| NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NIF |
|  |  |  |  |
| TIPO | NOMBRE DE LA VÍA | NUM | BLOQ | PISO | PUERTA |
|  |  |  |  |  |  |
| PARROQUIA | LUGAR |
|  |  |
| CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD |
|  |  |  |  |
| TELÉFONO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATOS ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO** |
| NÚM. DE RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS (RETA) / TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA DEL RÉGIMEN ESPECIAL DEL MAR |
|  |
| ACTIVIDAD |
|  |

|  |
| --- |
| **LA PERSONA SOLICITANTE DECLARA:** |
| 1. Que todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se acercan son ciertos. |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA O SE DECLARA ESTAR EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN ACTUANTE** |
| □ Copia del DNI o NIE de la persona solicitante, solo en el caso de no autorizar su consulta□ Justificante de estar cotizando en el régimen de la seguridad social que corresponda según el caso (RETA / Trabjladores del mar) |

|  |
| --- |
| Autorizo al ***Instituto Gallego de Seguridad y Salud Laboral***, de conformidad con el artículo 35.f de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, y el artículo 4 de la Orden de 12 de enero de 2012 por la que se regula la habilitación de procedimientos administrativos y servicios en la Administración general y en el sector público autonómico de Galicia, a consultar la documentación indicada anteriormente.Asimismo, declaro que dicha documentación está vigente y que no transcurrieron más de cinco años desde la finalización del procedimiento a que corresponde. |

|  |
| --- |
| Autorizo al ***Instituto Gallego de Seguridad y Salud Laboral*** a consultar los datos de identidad de la persona solicitante en el sistema de verificación de datos de identidad del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, de 23 de octubre y la Orden de 7 de julio de 2009 de la Consellería de la Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia. |
| ●Sí ● No (en este caso se adjuntará la documentación correspondiente) |

|  |
| --- |
| En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se le informa de que los datos personales que facilite en este formulario quedarán registrados en un fichero de titularidad de la Xunta de Galicia con el objeto de gestionar el presente procedimiento. La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante **el Instituto Gallego de Seguridad y Salud Laboral**, como responsable del fichero, solicitándolo mediante el envío de un correo electrónico a **issga@xunta.es**. |

|  |
| --- |
| **FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE** |
|  |
| Lugar y fecha |
|  | , |  | de |  | de |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Centro territorial del Instituto Gallego de Seguridad y Salud Laboral (ISSGA) de** | □ A Coruña□ Lugo□ Ourense□ Pontevedra |