

**Sol·licitud d'afiliació, alta, variació de dades, i baixa a la seguretat social  
d'una persona treballadora per compte propi**

Data: Afiliació i/o alta Variació de dades Baixa

**1. Dades de la persona treballadora per compte propi**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Lloc de naixement:

Estat civil:

Sexe:

M

F

Nacionalitat:

Document que us identifica:

Passaport

Document d'identitat núm.:

Autorització d'immigració de:

Residència i treball

Altres [especificar]

vàlida fins a:

Professió - CNO (Classificació Nacional d'Ocupacions):

**2. Adreça personal**

Adreça:

Complement d'adreça:

núm.:

esc.:

pis:

porta:

Població:

parròquia:

País:

codi postal:

Telèfon fix:

Telèfon mòbil:

correu electrònic:

**3. Compte bancari**

**Per a domiciliar les cotitzacions:**

Codi IBAN:

**Per a percebre les prestacions:**

Codi IBAN:

S'ha de complir el formulari "Ordre de domiciliació de dèbit directe SEPA" que figura a <https://www.cass.ad/tramits/cass-0209>.

#### 4. Dades de l'empresa i de l'activitat professional

Núm. CASS (empresa):

Cognoms i nom:

Si sou titular d'una autorització de professió liberal,

Núm. de Registre Tributari:

Núm. de Registre d'Obligats Tributaris (impost d'activitats econòmiques):

Si sou titular d'un comerç i indústria,

Núm. de Registre Tributari:

Núm. de Registre de Comerç i Indústria:

Si sou titular d'una explotació agrícola i ramadera,

Núm. de Registre Tributari:

Si sou administrador,

Núm. de Registre Tributari:

Núm. del Registre de Societats Mercantils:

#### 5. Adjunto la documentació següent

Registre de Comerç i Indústria	
Autorització de Professional Liberal on consti el número	
Registre Tributari	
Registre de Societats Mercantils	
Registre d'obligats tributaris per a l'impost d'activitats econòmiques	
Certificat de baixa que acrediti el cessament de l'activitat	
Altres	

#### 6. Accepto

Que em dono per assabentat/ada dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol incompliment a les disposicions donarà lloc a les sancions i responsabilitats corresponents.

La persona accepta que en el moment de donar-se de baixa no és titular de cap comerç, ni administrador de societats, ni titular d'una professió liberal ni d'una explotació agrícola.

## 7. Protecció de dades

D'acord amb el que disposa la Llei 29/2021, del 28 d'octubre, qualificada de protecció de dades personals, s'informa que el responsable del tractament és la CASS, amb domicili al carrer Joan Maragall, 3 AD500 Andorra la Vella, i telèfon 870870. Podeu contactar amb el Delegat de protecció de dades (DPD) dirigint-vos a [dpd@cass.ad](mailto:dpd@cass.ad).

El tractament de les seves dades es realitza amb la finalitat de donar compliment a la present sol·licitud, a les obligacions legals de la CASS i altres bases legitimadores. Podeu accedir al nostre RAT mitjançant una sol·licitud adreçada al Delegat de protecció de dades.

Les dades proporcionades es conservaran durant el temps estrictament necessari per complir amb la finalitat per la qual es recapten, i per determinar les possibles responsabilitats que es poguessin derivar d'aquesta finalitat, tenint en compte els períodes establerts en la normativa d'arxiu i documentació. Amb caràcter general no es comunicaran dades personals a tercers, amb l'excepció que existeixi una obligació legal.

La persona interessada pot exercir els drets d'accés, portabilitat, rectificació i supressió de les seves dades, així com a limitar-ne el tractament o a oposar-s'hi, formalitzant una sol·licitud escrita davant el DPD o per correu electrònic a l'adreça [dpd@cass.ad](mailto:dpd@cass.ad). Així mateix, en cas que ho consideri escaient, la persona interessada pot presentar una reclamació davant l'autoritat de control.

## 8. Signatura

[Nom i cognoms i signatura persona treballadora per compte propi]

**Lloc:**

**Data:**

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: