

Declaració d'activitat a l'estranger**1. Dades de la persona sol·licitant**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

2. País i organisme competent

Núm. d'ordre	País	Núm. d'afiliació	Organisme de la seguretat social	Data d'inici de l'activitat laboral	Data final de l'activitat laboral
1					
2					
3					
4					
5					
6					

3. Activitats laborals realitzades

(respecteu el núm. d'ordre i indiqueu la informació sol·licitada)

Núm. d'ordre	Compte propi	Compte d'altres	Professió o activitat	Tasques habituals del lloc de treball	Informació complementària
1					<p>Vau patir un accident laboral?</p> <p>Sí No</p> <p>Se us va diagnosticar una malaltia professional?</p> <p>Sí No</p> <p>Percebeu una pensió?</p> <p>Sí No</p> <p>Si la resposta és afirmativa, quina</p>
2					<p>Vau patir un accident laboral?</p> <p>Sí No</p> <p>Se us va</p>

					<p>diagnosticar una malaltia professional?</p> <p>Sí No</p> <p>Percebeu una pensió?</p> <p>Sí No</p> <p>Si la resposta és afirmativa, quina</p>
3					<p>Vau patir un accident laboral?</p> <p>Sí No</p> <p>Se us va diagnosticar una malaltia professional?</p> <p>Sí No</p> <p>Percebeu una pensió?</p> <p>Sí No</p> <p>Si la resposta és afirmativa, quina</p>

4					<p>Vau patir un accident laboral?</p> <p>Sí No</p> <p>Se us va diagnosticar una malaltia professional?</p> <p>Sí No</p> <p>Percebeu una pensió?</p> <p>Sí No</p> <p>Si la resposta és afirmativa, quina</p>
5					<p>Vau patir un accident laboral?</p> <p>Sí No</p> <p>Se us va diagnosticar una malaltia professional?</p> <p>Sí No</p> <p>Percebeu una pensió?</p>

					<p>Sí No</p> <p>Si la resposta és afirmativa, quina</p>
6					<p>Vau patir un accident laboral?</p> <p>Sí No</p> <p>Se us va diagnosticar una malaltia professional?</p> <p>Sí No</p> <p>Percebeu una pensió?</p> <p>Sí No</p> <p>Si la resposta és afirmativa, quina</p>

3. 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.

Que el/la sotasignat/ada autoritza a la CASS a comprovar l'autenticitat de la informació i les dades facilitades, mitjançant els registres i arxius de la CASS, l'Administració General, l'Administració Comunal o de qualsevol altre organisme o entitat. Així mateix, s'autoritza el traspàs de la informació i les dades de les administracions esmentades quan siguin necessàries per la tramitació de la prestació sol·licitada.

4. Signatura

[Signatura i nom i cognoms del sol·licitant]

Lloc:

Data: / /

Protecció de dades. A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003, del 18 de desembre, de protecció de dades personals, us informem que les dades consignades en aquest document s'incorporen als fitxers de la CASS i poden ser tractades i comunicades d'acord amb el Decret, del 20 de setembre de 2006, que regula els fitxers de dades de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm. 74, any 18, del 27/09/2006. En relació amb les dades esmentades, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, en els termes que preveu la Llei qualificada 15/2003, del 18 de desembre, de protecció de dades personals.

5. Adjunto la documentació següent

Document	
Carnet d'afiliació a la seguretat social dels països on hagueu treballat	
Informe laboral	
Altres [especifiqueu-lo]	