



T.3

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE DOCUMENTO O INFORMACIÓN EXISTENTE EN LAS BASES DE DATOS DE LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL SOBRE PERSONAS FÍSICAS

1. DATOS DEL AFILIADO/A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO		TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	
Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO
D.N.I.: <input type="text"/>		TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="text"/>	PASAPORTE: <input type="text"/>
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO		BIS	ESCAL.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PISO	PUERTA
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA		TELÉFONO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DATOS TELEMÁTICOS			
CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>			
ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
TELÉFONO MÓVIL		<input type="text"/>	

2. OTROS NÚMEROS DE SEGURIDAD SOCIAL DEL SOLICITANTE, SI PROCEDE

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. TIPO DE SOLICITUD (Marque con "X" lo que proceda)

DOCUMENTO O INFORMACIÓN SOBRE DATOS DE AFILIACIÓN Y VIDA LABORAL:

DUPLICADO DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO ANTE LA SEGURIDAD SOCIAL

INFORME QUE ACREDITE NO ESTAR AFILIADO A LA SEGURIDAD SOCIAL

INFORME DE VIDA LABORAL: COMPLETO PARCIAL (Indique a continuación el motivo):

PARA CLASES PASIVAS DEL ESTADO

PARA OTRO USO (Indique los períodos y/o Regímenes):

PERÍODOS	<input type="checkbox"/> A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL INFORME	<input type="checkbox"/> GENERAL	<input type="checkbox"/> CARBÓN
<input type="checkbox"/> PERÍODO: DESDE: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	HASTA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AUTÓNOMOS	<input type="checkbox"/> EMPLEADOS DE HOGAR
		<input type="checkbox"/> AGRARIO	<input type="checkbox"/> MAR

INFORMACIÓN SOBRE BASES DE COTIZACIÓN O INGRESO DE CUOTAS:

INFORMACIÓN SOBRE BASES DE COTIZACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE SITUACIÓN RESPECTO DEL INGRESO DE CUOTAS (Sólo para personas responsables del ingreso de cuotas: representantes de comercio, trabajadores autónomos, trabajadores agrarios por cuenta propia o ajena, trabajadores por cuenta propia del mar, empleados de hogar discontinuos y suscriptores de convenios especiales).
INDIQUE EL MOTIVO POR EL QUE SOLICITA LA INFORMACIÓN:

DOCUMENTACIÓN A APORTAR: Original del documento identificativo de autorizado, además del original o fotocopia del documento identificativo del afiliado/a.

IMPORTANTE

SI LA INFORMACIÓN VA A SER ENTREGADA A PERSONA DISTINTA DEL TITULAR DE LOS DATOS, DEBERÁ CUMPLIMENTARSE EL REVERSO DE ÉSTE DOCUMENTO

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Lugar: Fecha:

Firma

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

T.3
(25-06-2018)



T.3

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR DOCUMENTACIÓN O INFORMACIÓN RELATIVA A PERSONA DIFERENTE A SU TITULAR

DATOS DEL AUTORIZADO (Si es persona física)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)			Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				
D.N.I.: <input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA		BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	C.POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO			PROVINCIA			TELÉFONO			
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO			<input type="text"/>			<input type="text"/>			

DATOS DEL AUTORIZADO (Si es persona jurídica)

RAZÓN SOCIAL							CÓDIGO IDENTIFICACIÓN FISCAL		
<input type="text"/>							<input type="text"/>		
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA		BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	C.POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO			PROVINCIA			TELÉFONO			
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO			<input type="text"/>			<input type="text"/>			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)			Nº DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				
D.N.I.: <input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				

ADVERTENCIA:
En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

El afiliado **autoriza** a la persona cuyos datos han sido consignados en el apartado "DATOS DEL AUTORIZADO", a recibir la documentación o la información requerida, en el anverso de la presente solicitud.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE:

- Fotocopia del documento identificativo vigente del afiliado/a indicado en el apartado 1 del anverso (D.N.I., Tarjeta de Extranjero o Pasaporte)
- Original del documento identificativo del autorizado o de su representante si es persona jurídica, que se haya señalado (D.N.I., Tarjeta de Extranjero o Pasaporte)

T.3
(25-06-2018)

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR DE LOS DATOS	
Lugar:	Fecha:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma _____	

LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA AUTORIZADA	
Lugar:	Fecha:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma _____	

LUGAR, FECHA Y SELLO DE LA PERSONA JURÍDICA AUTORIZADA	
Lugar:	Fecha:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma _____	