

AUTORIZACIÓN PARA AVERIGUAR MUTUA DE ACCIDENTES DE UN AUTÓNOMO

Autorizo por la presente a mi asesor _____
la facilitación de mi nombre y DNI, a EGARSAT Mutua de Accidentes de Trabajo de
la Seguridad Social nº 276, con el único y exclusivo fin de comprobar si actualmente
estoy afiliado como Trabajador Autónomo a una de las Mutuas de Accidentes de la
Seguridad Social, facilitando así el cumplimiento de la normativa al respecto que obliga
a los trabajadores autónomos a estar adherido a una de estas Entidades a partir del 1 de
enero de 2009,

Y para que conste,

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____

Firma:

EGARSAT MATEPSS N° 276 se compromete a tratar dichos datos bajo las condiciones
reflejadas en la Ley de Protección de Datos en vigor y no utilizar dichos datos con
ningún fin distinto al autorizado en la presente.

EGARSAT CANARIAS
Avda. Mesa y López 85, 1º.
35010 Las Palmas de G.C.
canarias@egarsat.es
www.egarsat.es