



TA.0040 - CONVENIO ESPECIAL POR PRÁCTICAS

SOLICITUD DE: ALTA/VARIACIÓN DE DATOS/BAJA DE CONVENIO ESPECIAL POR PRÁCTICAS

1. DATOS DEL SUScriptor

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO		TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO				Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	
Día	Mes	Año	NIF	NIE	PASAPORTE		
TIPO DE VÍA		NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA		BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA		PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL	
CORREO ELECTRÓNICO							
ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL				SÍ	NO	TELÉFONO MÓVIL	

2. TIPO DE SOLICITUD

ALTA	VARIACIÓN DE DATOS	BAJA
------	--------------------	------

3. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD DE ALTA

DECLARACIÓN SOBRE FORMA DE PAGO DEL CONVENIO

Pago único

Pago fraccionado mensual, durante un periodo igual al doble de mensualidades por las que se reconozca el convenio, con un máximo de 84 meses.

Pago fraccionado mensual, durante un periodo igual al número de mensualidades siguientes: , con un máximo de 84 meses.

4. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD DE VARIACIÓN DE DATOS

FECHA DE LA VARIACIÓN DE DATOS

Día Mes Año

CAUSA DE LA VARIACIÓN DE DATOS

5. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD DE BAJA

CAUSA DE LA BAJA

VOLUNTARIA

ADQUISICIÓN DE LA CONDICIÓN DE PENSIONISTA*

FALLECIMIENTO DEL SUScriptor

OTRA CAUSA (INDIQUE CUAL):

(* La causa "adquisición de la condición de pensionista" únicamente podrá marcarse cuando el suscriptor del convenio especial disponga de la resolución de reconocimiento de la pensión de que se trate, expedida por el organismo competente.

6. DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE (En caso de que el suscriptor resida en el extranjero, será obligatorio designar representante)

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL REPRESENTANTE

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

NIF NIE PASAPORTE

Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

TIPO DE VÍA

NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA

BLOQUE

NÚM.

BIS

ESCAL.

PISO

PUERTA

COD. POSTAL

MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO

PROVINCIA

CORREO ELECTRÓNICO

ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

SÍ NO

TELÉFONO MÓVIL

7. DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES

DOMICILIO DEL SUScriptor	DOMICILIO DEL REPRESENTANTE
--------------------------	-----------------------------

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

TA.0040 Convenio especial por prácticas (05-2024)

8. DATOS RELATIVOS AL SUJETO RESPONSABLE DEL INGRESO DE LAS CUOTAS Y A LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL SUJETO RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS												
NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL SUJETO RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS												
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)												
NIF <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>		Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO			Nº IDENTIFICATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL (1)					
DATOS PARA LA DOMICIALIZACIÓN												
CÓDIGO DE CUENTA BANCARIA												
E S												
NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO												
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO												
NIF <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>		Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL					
DOMICILIO												
TIPO DE VÍA		NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA				BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	COD. POSTAL
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO												
PROVINCIA												
DATOS TELEMATICOS												
CORREO ELECTRÓNICO												
ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
TELÉFONO MÓVIL												
FIRMA												
Mediante la firma de esta orden/mandato, el titular de los datos de domiciliación autoriza: (I) A la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) a enviar instrucciones de adeudo a la entidad financiera indicada, en concepto de cuotas de Seguridad Social a cargo del trabajador o del sujeto responsable de pago. (II) A la Entidad Financiera para efectuar los adeudos en su contra siguiendo las instrucciones de la TGSS. (1) Nº de Afiliación. Código de cuenta de cotización, o número de expediente. (2) Firma tanto del titular de la cuenta, como del responsable de pago aún en el caso de ser la misma persona.					Firma del titular de la cuenta (2)		Firma del responsable de pago (2)					
FECHA DE FIRMA												
Día		Mes		Año								

9. DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE APORTAR

En el apartado 9 de las instrucciones consta relacionada la documentación que se debe aportar de forma obligatoria.

10. FIRMA DE LA SOLICITUD

FIRMA DEL SUScriptor	FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE

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

INSTRUCCIONES

El documento deberá cumplimentarse a máquina o con letras mayúsculas, sin enmiendas ni tachaduras. Este modelo se utiliza para efectuar las solicitudes de alta, variación de datos o baja de convenio especial de personas que hayan realizado prácticas formativas o hayan participado en programas de formación, de conformidad con la normativa vigente.

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL SUSCRIPTOR

(Se cumplimentará en todos los casos)

Apellidos y nombre: se indicarán los apellidos y nombre completo del suscriptor del convenio especial.

Número de Seguridad Social: se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación del suscriptor.

Fecha de nacimiento: se indicará la fecha de nacimiento del suscriptor.

Tipo y número de documento identificativo: marque con una "X": Número de Identificación Fiscal (NIF), Número de Identidad de Extranjero (NIE) o Número de pasaporte, e indique el número de éste.

Domicilio: se hará constar el domicilio de residencia habitual del suscriptor. Las denominaciones del nombre de la vía pública y del municipio/entidad de ámbito territorial inferior al municipio se anotarán completas. Este domicilio se utilizará a efectos de notificaciones, salvo que en el apartado 7, relativo al domicilio a efecto de notificaciones, se opte por recibir las notificaciones en el domicilio del representante.

Datos Telemáticos: La anotación de "sí" supondrá la aceptación de comunicaciones informativas de la Seguridad Social.

2. TIPO DE SOLICITUD

(Se cumplimentará en todos los casos)

Se marcará con "X" de qué tipo de solicitud se trata: alta, variación de datos o baja del convenio especial.

3. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD DE ALTA

(Se cumplimentará en los casos en los que se solicite el alta en el convenio especial)

La solicitud de alta de este convenio especial se entenderá formulada respecto a la totalidad de los periodos de prácticas y/o de formación que consten en las certificaciones aportadas junto a la misma.

Declaración sobre forma de pago del convenio: Se marcará con "X" si se opta por un pago único, por pagos mensuales durante el doble de los meses por los que se reconozca el convenio con un máximo de 84 meses, o por pagos mensuales indicando el número de meses en los que se desea abonar el convenio con un máximo de 84 meses. En este último supuesto, el pago no podrá fraccionarse en un número de mensualidades superior al doble del número de meses por los que se formalice el convenio especial. En caso de anotar un número de mensualidades que supere el límite indicado, se entenderá que ha optado por fraccionar el pago en el número máximo de mensualidades permitido para su convenio especial.

4. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD DE VARIACIÓN DE DATOS

(Se cumplimentará en los casos en los que se solicite la variación de datos en el convenio especial)

Se cumplimentarán de forma obligatoria los campos "fecha de la variación de datos" y "causa de la variación de datos"

5. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD DE BAJA

(Se cumplimentará en los casos en los que se solicite la baja en el convenio especial)

Se marcará con "X" la causa por la que se solicita la baja en el convenio especial. En caso de causa distinta de las previstas, se indicará cuál es la causa.

Si la causa elegida es "voluntaria", el convenio especial se extinguirá el último día del mes de la fecha en que se haya presentado la solicitud de baja.

La causa "adquisición de la condición de pensionista" únicamente podrá marcarse cuando el suscriptor del convenio especial disponga de la resolución de reconocimiento de la pensión de que se trate, expedida por el organismo competente. En este supuesto, la baja en el convenio especial será el día anterior al de la adquisición de la condición de pensionista, con independencia del momento en el que se presente la solicitud.

En caso de haber optado por fraccionar el pago de las cuotas del convenio especial, su extinción por cualquier causa determinará que únicamente se reconocerán como cotizados los periodos de prácticas correspondientes a las mensualidades que se hayan ingresado.

6. DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

(Se cumplimentará en los casos en los que se presente la solicitud por un representante del suscriptor)

Nombre y apellidos o razón social del representante: se indicarán los apellidos y nombre completo del representante o la razón social.

Tipo y número de documento identificativo: marque con una "X": Número de Identificación Fiscal (NIF), Número de Identidad de Extranjero (NIE) o Pasaporte e indique el número de éste.

Número de Seguridad Social: se anotará el Número de Seguridad Social o Número de Afiliación del representante.

Domicilio: se hará constar el domicilio del representante.

Datos Telemáticos: La anotación de "sí" supondrá la aceptación de comunicaciones informativas de la Seguridad Social.

7. DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES

(Se cumplimentará en todos los casos)

Se marcará con "X" si se prefiere, a efecto de recibir las notificaciones de la Administración de la Seguridad Social, el domicilio anotado en los datos del suscriptor o del representante.

8. DATOS RELATIVOS AL SUJETO RESPONSABLE DEL INGRESO DE LAS CUOTAS Y A LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO

(Se cumplimentarán, de forma obligatoria, todos los datos correspondientes a este apartado)

El sujeto responsable del ingreso de la cotización es, con carácter general, el suscriptor del convenio especial. En este caso, en los datos relativos al sujeto responsable del ingreso de la cotización se deberán anotar los datos del propio suscriptor.

No obstante, podrá asumir la responsabilidad del pago una persona física o jurídica distinta del suscriptor. En este caso, en los datos relativos al sujeto responsable del ingreso de la cotización se deberán anotar los datos de quien asuma la citada responsabilidad.

Además, existe la posibilidad de que el titular de la cuenta bancaria dónde se domicilie el pago de las cuotas sea distinto del sujeto responsable del ingreso de las cuotas. En este caso, se deberán cumplimentar los datos del titular de la cuenta de adeudo.

En todo caso, debe firmar tanto el titular de la cuenta, como el responsable de pago aún en el caso de ser la misma persona.

Mediante la domiciliación del pago de cuotas la Tesorería General de la Seguridad Social efectuará una orden de adeudo a su Banco o Caja para el pago de sus cotizaciones en período voluntario que se realizará el último día hábil del mes.

9. DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE APORTAR

A.- SOLICITUD DE ALTA

Junto a todas las solicitudes de alta, será obligatorio presentar la siguiente documentación:

- Documento identificativo del suscriptor: Documento Nacional de Identidad -NIF-, tarjeta de identidad de extranjero -NIE- o Pasaporte, en función de la opción seleccionada en el apartado 1 de este formulario.
- Si el suscriptor no se encuentra afiliado a la Seguridad Social española, deberá disponer del Número de Afiliación (NAF) o de Seguridad Social (NUSS) para poder suscribir este convenio. El NAF/NUSS se puede obtener de forma telemática a través del servicio "Solicitar el Número de la Seguridad Social" disponible en el Portal de la Tesorería General de la Seguridad Social, apartado "Altas, bajas y modificaciones". Alternativamente, junto a esta solicitud, puede aportar el modelo TA.1 disponible en la página web de la Seguridad Social.
- Certificación expedida por la universidad o centro educativo en el que se cursaron los respectivos estudios. En caso de prácticas remuneradas, la certificación podrá ser expedida por la empresa o entidad en la que se hubieran realizado las prácticas o entidades que las hubieran financiado. Esta certificación deberá cumplir con las exigencias establecidas en la normativa vigente que regula la suscripción de este tipo de convenio especial.

B.- SOLICITUD DE VARIACIÓN DE DATOS

Las solicitudes de variación de datos han de ir acompañadas de la documentación que justifique la variación en el convenio especial de que se trate.

C.- SOLICITUD DE BAJA

Las solicitudes de baja en el convenio especial han de ir acompañadas de la documentación que justifique la baja, excepto cuando se trate de una solicitud de baja voluntaria.

10. FIRMA DE LA SOLICITUD

La firma de la solicitud es obligatoria.

Información Básica sobre Protección de Datos del Tratamiento "AFILIACIÓN E INSCRIPCIÓN DE EMPRESAS"	
Responsable	Sub. Gral. Afiliación, Cotización y Recaudación en Periodo Voluntario - Tesorería General de la Seguridad Social.
Finalidad	Gestión integrada de la afiliación de trabajadores, inscripción de empresas y autorizaciones RED. Gestión, actualización y consulta de los datos de afiliación, altas, bajas y variaciones de trabajadores y de inscripción de las empresas
Legitimación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RGPD. - Artículo 6. 1. a) el interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos. ▪ RGPD. - Artículo 6. 1. c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. ▪ RGPD. - Artículo 6. 1. e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. ▪ Ley General de Seguridad Social, Texto Refundido (RD - Legislativo 8/2015).
Destinatarios	Entidades Gestoras de la Seguridad Social, Inspección de Trabajo y Seguridad Social, Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social, Fondo de Garantía Salarial, Departamentos Ministeriales, Agencia Estatal de Administración Tributaria, Instituto Nacional de Estadística, Comunidades Autónomas, Entidades Locales, Juzgados y Tribunales, Agentes Sociales y Entidades Financieras.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y a oponerse a tratamientos no consentidos, así como otros derechos, según se detalla en la información adicional.
Información Adicional	Puede consultar la información detallada sobre protección de datos y este tratamiento, en nuestra sede electrónica