



MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN



TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

TC.13/1

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE: DEVOLUCIÓN DE INGRESOS INDEBIDOS

Nº DE EXPEDIENTE ASIGNADO

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		N.I.F./C.I.F.					
Nº DE AFILIACIÓN	CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN	RÉGIMEN DE PERTENENCIA					
TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA		BLOQUE NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	C.POSTAL
DOMICILIO							
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO			PROVINCIA		TELÉFONO		

DATOS DE LA DEVOLUCIÓN QUE SE SOLICITA

CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN

PERÍODO

IMPORTE

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS BANCARIOS PARA EFECTUAR LA DEVOLUCIÓN

DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)			
		D.N.I.: <input type="checkbox"/>	C.I.F.: <input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>
Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	DOMICILIO			

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Marque con una “X” la opción correcta)

A efectos de lugar de Notificación el interesado/a señala como domicilio preferente:

Domicilio del Solicitante		•	Domicilio de la Actividad Profesional		•	Otro Domicilio		•	
DOMICILIO	TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO			PROVINCIA			TELÉFONO			

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE		SELLO SOLICITANTE/REPRESENTANTE
Lugar:	Fecha:	
Firma _____		

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :

En un plazo no superior a seis meses, el órgano competente dictará resolución declarando o no el derecho a la devolución. Transcurrido dicho plazo sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada la solicitud, según se establece en el número 2 del artículo 45 del Reglamento General de Recaudación de la Seguridad Social aprobado por Real Decreto 1415/2004, de 11 de junio (B.O.E. del 25).



TC.13/1

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE: DEVOLUCIÓN DE INGRESOS INDEBIDOS

Nº DE EXPEDIENTE ASIGNADO

DATOS DEL SOLICITANTE

DATOS DE LA DEVOLUCIÓN QUE SE SOLICITA

CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN

PERÍODO

IMPORTE

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS BANCARIOS PARA EFECTUAR LA DEVOLUCIÓN

DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

DATOS RELATIVOS AL RECEPTANTE			TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)			
NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL			D.N.I.:	C.I.F.:	TARJETA DE EXTRANJERO:	PASAPORTE:
Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	DOMICILIO				

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Marque con una "X" la opción correcta)

A efectos de lugar de Notificación el interesado/a señala como domicilio preferente:

A efectos de lugar de Notificación el interesado/a señala como domicilio preferente:							
Domicilio del Solicitante	<input type="checkbox"/>	Domicilio de la Actividad Profesional	<input type="checkbox"/>	Otro Domicilio	<input type="checkbox"/>		
DOMICILIO		BLOQUE					
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	CÓD. 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"/>
MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA			TELÉFONO		
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE		SELLO SOLICITANTE/REPRESENTANTE
Lugar:	Fecha:	
Firma		

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :

En un plazo no superior a seis meses, el órgano competente dictará resolución declarando o no el derecho a la devolución. Transcurrido dicho plazo sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada la solicitud, según se establece en el número 2 del artículo 45 del Reglamento General de Recaudación de la Seguridad Social aprobado por Real Decreto 1415/2004, de 11 de junio (B.O.E. del 25).