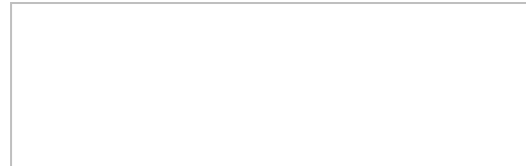


AUTÓNOMO:
Nº AFILIACIÓN S.S.:
DOMICILIO:
LOCALIDAD:
CORREO ELECTRÓNICO:
TELÉFONO:



En _____, a _____ de _____ de _____

Muy Sres. Nuestros:

Por la presente, les comunico con anterioridad al 1º de Octubre de _____ mi deseo de rescindir y dejar sin efecto el Documento de Adhesión que tengo suscrito con su Entidad para la cobertura de la prestación económica de Incapacidad Temporal por Contingencia Común, cuyo vencimiento se produce el próximo 31 de Diciembre de _____, solicitando el alta en Solimat, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72.

De acuerdo con la normativa legal vigente, ruego que en el plazo máximo de diez días a partir de la recepción del presente escrito me sea facilitado el preceptivo **Certificado de Cese**.

Agradeciendo su atención, reciban un cordial saludo.

Fdo.:
NIF.: