

Trabajador/a Autónomo/a: _____

Domicilio: _____

Población: _____

N. Afiliación S.S _____ / _____ / _____

MUTUA: _____

Dirección: _____

Población: _____

_____ a ____ de _____ de _____

El/la trabajador/a por cuenta propia o autónomo/a cuyos datos figuran en el encabezamiento de la presente, solicita que con fecha 31 de Diciembre de _____, sea anulado el **DOCUMENTO DE ADHESIÓN** que tiene suscrito con su Mutua.

En espera de sus noticias les saluda atentamente,

Fdo.: _____

N.I.F: _____

Nueva Entidad: **umivale Activa**, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social Nº 3

Cód. GdS: _____

A rellenar por la entidad