**ANEXO 1**

**DATOS QUE DEBE INFORMAR EL TRABAJADOR DEL SECTOR NO ESTATAL, PARA MODIFICAR LA BASE DE CONTRIBUCIÓN.**

|  |  |
| --- | --- |
| Número del carné de identidad: |  |
| Nombres y Apellidos: |  |
| Municipio donde realizó la afiliación a la Seguridad Social: |  |
| Provincia a la que pertenece: |  |
| **Marque con una cruz (X) el Régimen Especial al que está afiliado.** |  |
| Trabajador por Cuenta Propia:  |  |
| Cooperativa No Agropecuaria (CNA):  |  |
| **Marque con un X la nueva base de contribución que ha seleccionado.** **\_\_\_\_\_2 000 \_\_\_\_\_ 5 500**  **\_\_\_\_\_2 500 \_\_\_\_\_ 6 000**  **\_\_\_\_\_2 700 \_\_\_\_\_ 6 500** **\_\_\_\_\_3 000 \_\_\_\_\_ 7 000** **\_\_\_\_\_3 500 \_\_\_\_\_ 7 500**  **\_\_\_\_\_4 000 \_\_\_\_\_ 8 000** **\_\_\_\_\_4 500 \_\_\_\_\_ 8 500** **\_\_\_\_\_5 000 \_\_\_\_\_ 9 000** **\_\_\_\_\_ 9 500** |  |
| Fecha en que solicita el cambio de la base de contribución: |  |