



**Agencia Tributaria**

Delegación de

Administración de  Código Administración

**Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas**

Cotizaciones de afiliados y mutualistas a efectos de la deducción por maternidad

**Declaración informativa anual**

Hoja-resumen

Modelo

**156**

• Declarante

**Espacio reservado para la etiqueta identificativa**

(Si no dispone de etiquetas, haga constar a continuación sus datos identificativos, así como los de su domicilio fiscal)

• Ejercicio

Ejercicio (con 4 cifras) .....

Nº de identificación fiscal (N.I.F.)  Denominación o razón social  Teléfono de contacto

Calle/Plaza/Avda.  Número  Esc.  Piso  Prta.

Código Postal  Municipio  Provincia

• Declaración complementaria o sustitutiva

Si la presentación de esta declaración tiene por objeto incluir registros que, debiendo haber figurado en otra declaración del mismo ejercicio presentada anteriormente, hubieran sido completamente omitidos en la misma, marque con una "X" la casilla "Declaración complementaria".

Cuando la presentación de esta declaración tenga por objeto anular y sustituir completamente a otra declaración anterior del mismo ejercicio en la cual se hubieran consignado datos inexactos o erróneos, indique su carácter de declaración sustitutiva marcando con una "X" la casilla correspondiente.

En caso de declaración sustitutiva, se hará constar asimismo el número de trece dígitos identificativo de la declaración anterior que se sustituye mediante la nueva.

Declaración complementaria .....

Declaración sustitutiva .....  Número identificativo de la declaración anterior .....

• Resumen de los datos incluidos en la declaración

Número total de registros de afiliados o mutualistas ..... **01**

• Fecha y firma

Fecha:

Firma:

Fdo.: D/Dª.

Cargo o empleo:

• Espacio reservado para la Administración



**Declarante**

**Espacio reservado para la etiqueta identificativa**

(Si no dispone de etiquetas, haga constar a continuación sus datos identificativos, así como los de su domicilio fiscal)

**Ejercicio**

Ejercicio (con 4 cifras) .....

Nº de identificación fiscal (N.I.F.)	Denominación o razón social	Teléfono de contacto			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Calle/Plaza/Avda.		Número	Esc.	Piso	Prta.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código Postal	Municipio	Provincia			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**Declaración complementaria o sustitutiva**

Si la presentación de esta declaración tiene por objeto incluir registros que, debiendo haber figurado en otra declaración del mismo ejercicio presentada anteriormente, hubieran sido completamente omitidos en la misma, marque con una "X" la casilla "Declaración complementaria".

Cuando la presentación de esta declaración tenga por objeto anular y sustituir completamente a otra declaración anterior del mismo ejercicio en la cual se hubieran consignado datos inexactos o erróneos, indique su carácter de declaración sustitutiva marcando con una "X" la casilla correspondiente.

En caso de declaración sustitutiva, se hará constar asimismo el número de trece dígitos identificativo de la declaración anterior que se sustituye mediante la nueva.

Declaración complementaria .....

Declaración sustitutiva .....  Número identificativo de la declaración anterior .....

**Resumen de los datos incluidos en la declaración**

Número total de registros de afiliados o mutualistas ..... **01**

**Fecha y firma**

Fecha:

Firma:

Fdo.: D/Dª. \_\_\_\_\_

Cargo o empleo: \_\_\_\_\_

**Espacio reservado para la Administración**