



**REGISTRO PÚBLICO MUNICIPAL  
DE DEMANDANTES  
DE VIVIENDA PROTEGIDA  
DE CONIL DE LA FRONTERA**



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

### 1. DATOS DE LAS/LOS SOLICITANTES DE LA UNIDAD FAMILIAR DE CONVIVENCIA

#### SOLICITANTE 1

NOMBRE: .....		
APELLIDOS: .....		
FECHA DE NACIMIENTO: .....	DNI / NIE: .....	
PAIS DE NACIMIENTO: .....	NACIONALIDAD: .....	SEXO: .....
MUNICIPIO Y PROVINCIA DE NACIMIENTO .....		
DIRECCIÓN: .....		
LOCALIDAD .....	PROVINCIA .....	C. POSTAL .....
MUNICIPIO EN EL QUE SE ENCUENTRA EMPADRONADA/O: .....		
TELÉFONO: .....	TELÉFONO MOVIL: .....	
CORREO ELECTRÓNICO: .....		
FECHA DE EMPADRONAMIENTO EN CONIL:(A rellenar por el Registro)		

#### SOLICITANTE 2

NOMBRE: .....		
APELLIDOS: .....		
FECHA DE NACIMIENTO: .....	DNI / NIE: .....	
RELACIÓN O PARENTESCO CON EL / LA SOLICITANTE 1:.....		
PAIS DE NACIMIENTO: .....	NACIONALIDAD: .....	SEXO: .....
MUNICIPIO Y PROVINCIA DE NACIMIENTO .....		
DIRECCIÓN: .....		
LOCALIDAD .....	PROVINCIA .....	C. POSTAL .....
MUNICIPIO EN EL QUE SE ENCUENTRA EMPADRONADA/O: .....		
TELÉFONO: .....	TELÉFONO MOVIL: .....	
CORREO ELECTRÓNICO: .....		
FECHA DE EMPADRONAMIENTO EN CONIL:(A rellenar por el Registro)		

## 2. OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR DE CONVIVENCIA

### OTRO MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR 1

NOMBRE: .....

APELLIDOS: .....

FECHA DE NACIMIENTO:..... DNI / NIE:.....

RELACIÓN O PARENTESCO CON EL / LA SOLICITANTE 1: .....

PAIS DE NACIMIENTO:..... NACIONALIDAD: .....

PROVINCIA Y MUNICIPIO DE NACIMIENTO:..... SEXO: .....

MUNICIPIO EN EL QUE SE ENCUENTRA EMPADRONADO.....

FECHA DE EMPADRONAMIENTO EN CONIL:(A rellenar por el Registro)

### OTRO MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR 2

NOMBRE: .....

APELLIDOS: .....

FECHA DE NACIMIENTO:..... DNI / NIE:.....

RELACIÓN O PARENTESCO CON EL / LA SOLICITANTE 1: .....

PAIS DE NACIMIENTO:..... NACIONALIDAD: .....

PROVINCIA Y MUNICIPIO DE NACIMIENTO:..... SEXO: .....

MUNICIPIO EN EL QUE SE ENCUENTRA EMPADRONADO.....

FECHA DE EMPADRONAMIENTO EN CONIL:(A rellenar por el Registro)

## 3. GRUPOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN

Marque la casilla que corresponda para cada miembro de la unidad familiar, en caso de pertenecer a alguno de los grupos de especial protección:

TITULAR	TITULAR 1	TITULAR 2	OTRO MIEMBRO 1	OTRO MIEMBRO 2
JOV				
MAY				
FNM				
FMP				
VVG				
VT				
RUP				
EMI				
DEP				
DIS				
RIE				

Los grupos de especial protección y la documentación a aportar que justifica la pertenencia a ellos. Son los siguiente:

JOV	Jóvenes, personas menores de 35 años (si es solicitante): DNI
MAY	Mayores, personas que hayan cumplido los 65 años (si es solicitante): DNI
FNM	Familias numerosas: Libro o tarjeta de familia numerosa
FMP	Familias monoparentales con hijos a su cargo: Libro de familia
VVG	Victimas de violencia de género: Auto o resolución judicial
VT	Victimas del terrorismo: Certificado de la Dirección General de Apoyo a Victimas del Terrorismo
RUP	Personas procedentes de situaciones de rupturas de unidades familiares: Auto o resolución judicial
EMI	Emigrantes retornados: Certificado de emigrante retornado
DEP	Personas en situación de dependencia: Certificado de reconocimiento de dependencia
DIS	Personas con discapacidad: Certificado de minusvalía
RIE	Situación o riesgo de exclusión social: Certificado de Servicios Sociales

**No se admitirá la inclusión en un grupo de especial protección sin la documentación justificativa.**



## 7. DECLARACIÓN RESPONSABLE

Ninguno de los miembros de esta solicitud es titular en pleno dominio de una vivienda protegida o libre, ni está en posesión de un derecho real de goce o disfrute vitalicio sobre la misma. En caso contrario justificar la necesidad de vivienda en que (dar las razones).....

Nos comprometemos a poner en conocimiento del Registro cuando se produzca alguna modificación en los datos presentados de cualquiera de los miembros de la unidad familiar.

Así mismo declaramos que conocemos, aceptamos y cumplimos el resto de los requisitos exigidos, y que estamos inscritos también en el Registro Público Municipal de Demandantes de Vivienda Protegida de ..... y de ....., teniendo carácter de preferencia el de (escoja entre los anteriores y de Conil de la Frontera) .....

## 8. AUTORIZAMOS

A recibir comunicaciones mediante:

Correo electrónico

Correo postal

Con la firma de esta solicitud autorizamos a que el Registro pueda solicitar la información que legalmente proceda, en el marco de la colaboración con la Agencia Estatal de Administración Tributaria o con otras administraciones públicas competentes.

## 9. LUGAR, FECHA Y FIRMA(S)

En ..... a ..... de ..... de 20 .....

Firmas de todos los mayores de 18 años:

Fdo:.....

Fdo:.....

Fdo:.....

Fdo:.....

Responsable: Identidad: ROCHE SOCIEDAD ANÓNIMA MUNICIPAL - NIF: A-11004082 Dir. postal: AV. DOLORES IBÁRRURI LA PASIONARIA, Nº 2 11140-CONIL DE LA FRONTERA Teléfono: 956456145 Correo elect: rosam@rosam.es

"En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en ROCHE SOCIEDAD ANÓNIMA MUNICIPAL estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios.

Asimismo solicito su autorización para publicación de datos en listado de adjudicatarios en concurso de viviendas de protección oficial en régimen de venta y/o alquiler, ofrecerle productos y servicios relacionados con los solicitados."

SI

NO