



**DECLARACIÓ RESPONSABLE D'INSCRIPCIÓ
EN EL REGISTRE PÚBLIC DE DEMANDANTS D'HABITATGES**

(Model RD 01)

- | | |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | ALTA |
| <input type="checkbox"/> | MODIFICACIÓ |
| <input type="checkbox"/> | RENOVACIÓ |

DADES DEL/ DE LA SOL·LICITANT										
A	DNI/NIE		NOM			LLINATGES				
	DATA NAIXEMENT		PAÍS NAIXEMENT		SEXE	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> H	ESTAT CIVIL		
	GRAU DISCAPACITAT (Indicar %)		ÚS CADIRA DE RODES		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MOBILITAT REDUÏDA (Puntuació)			
	DNI/NIE		NOM			LLINATGES				
B	RELACIÓ AMB EL SOL·LICITANT A									
	DATA NAIXEMENT		PAÍS NAIXEMENT		SEXE	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> H	ESTAT CIVIL		
	GRAU DISCAPACITAT (Indicar %)		ÚS CADIRA DE RODES		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MOBILITAT REDUÏDA (Puntuació)			
	DNI/NIE		NOM			LLINATGES				
1	RELACIÓ AMB EL SOL·LICITANT A									
	DATA NAIXEMENT		PAÍS NAIXEMENT		SEXE	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> H	ESTAT CIVIL		
	GRAU DISCAPACITAT (Indicar %)		ÚS CADIRA DE RODES		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MOBILITAT REDUÏDA (Puntuació)			
	DNI/NIE		NOM			LLINATGES				
2	RELACIÓ AMB EL SOL·LICITANT A									
	DATA NAIXEMENT		PAÍS NAIXEMENT		SEXE	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> H	ESTAT CIVIL		
	GRAU DISCAPACITAT (Indicar %)		ÚS CADIRA DE RODES		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MOBILITAT REDUÏDA (Puntuació)			
	DNI/NIE		NOM			LLINATGES				
3	RELACIÓ AMB EL SOL·LICITANT A									
	DATA NAIXEMENT		PAÍS NAIXEMENT		SEXE	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> H	ESTAT CIVIL		
	GRAU DISCAPACITAT (Indicar %)		ÚS CADIRA DE RODES		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MOBILITAT REDUÏDA (Puntuació)			
	DNI/NIE		NOM			LLINATGES				
4	RELACIÓ AMB EL SOL·LICITANT A									
	DATA NAIXEMENT		PAÍS NAIXEMENT		SEXE	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> H	ESTAT CIVIL		
	GRAU DISCAPACITAT (Indicar %)		ÚS CADIRA DE RODES		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MOBILITAT REDUÏDA (Puntuació)			
	DNI/NIE		NOM			LLINATGES				
5	RELACIÓ AMB EL SOL·LICITANT A									
	DATA NAIXEMENT		PAÍS NAIXEMENT		SEXE	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> H	ESTAT CIVIL		
	GRAU DISCAPACITAT (Indicar %)		ÚS CADIRA DE RODES		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MOBILITAT REDUÏDA (Puntuació)			
	DNI/NIE		NOM			LLINATGES				



Indiqueu aquí, els municipis de les Illes Balears, on està o ha estat empadronat:							
SOL·LICITANT A							
SOL·LICITANT B							
DESITJO OPTAR A UN HABITATGE DE:							
		<input type="checkbox"/> Lloguer		<input type="checkbox"/> Compra		<input type="checkbox"/> Lloguer opció compra	
ALS MUNICIPIS:							
<i>(Màxim tres municipis)</i>							
ESTIC INTERESSAT/ADA EN UN HABITATGE DE L'IBAVI O UNA ALTRA ADMINISTRACIÓ*:							
		<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO			
ESTIC INTERESSAT/ADA EN UN HABITATGE DE PROMOTOR PRIVAT I AUTORITZ A CEDIR LES MEVES DADES*:							
		<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO			
<i>*En cas de no indicar cap opció, es considerarà com a NO INTERESSAT/ADA</i>							
DADES DE CONTACTE A EFECTES DE NOTIFICACIÓ							
		<input type="checkbox"/> Català		<input type="checkbox"/> Castellà			
Nom:			DNI:				
Direcció:		Núm.:	Bloc:	Esc:	Pis:	Pta:	
Municipi:		Codi Postal:		Illa:		Província:	
Desig rebre totes les notificacions de l'IBAVI a la meva carpeta ciutadana							
		<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO			
E-mail:			Mòbil:				
Telèfon alternatiu:							
En cas de formar part d'algun col·lectiu, marqueu la casella. ADJUNTAR TÍTOL ACREDITATIU:				En cas de possessió d'habitatge en propietat, de qualsevol membre de la unitat de convivència, indiqueu situació actual:			
<input type="checkbox"/> Família nombrosa				<input type="checkbox"/> Habitatge amb barreres arquitectòniques			
<input type="checkbox"/> Família monoparental				<input type="checkbox"/> Pèrdua de l'ús de l'habitatge per sentència			
<input type="checkbox"/> Víctima de violència de gènere				<input type="checkbox"/> Declaració de runa			
<input type="checkbox"/> Altres. <i>Indiqui quina:</i>				<input type="checkbox"/> No compleix criteris d'habitatge			
				<input type="checkbox"/> Altres. <i>Indiqui quina:</i>			
Les persones que signam aquest document, designam com a representant en tots els procediments relatius a aquesta declaració responsable a qui figura com sol·licitant A, qui accepta aquesta representació.							
La presentació de la declaració responsable d'inscripció implicarà que totes les persones de la unitat de convivència incloses a la declaració autoritzen expressament a la Conselleria d'Habitatge, Territori i Mobilitat i l'Institut Balear de l'Habitatge per obtenir d'altres administracions la informació de caràcter registral, cadastral, tributari, econòmic, laboral, patrimonial i qualsevol altre que sigui pertinent per comprovar que compleix els requisits d'inscripció, així com per contrastar les dades manifestades a la declaració i/o a les modificacions o actualització de dades.							
Declar sota la meva responsabilitat							
1. Que totes les dades que figuren en la declaració són certes i que aporto tots els documents requerits i que tots són correctes.							
2. Que cap de les persones inscrites a la declaració és propietària de cap habitatge, excepte les excepcions previstes anteriorment.							
3. Que en cas de resultar adjudicatari d'un habitatge el destinaré a domicili habitual i permanent.							
4. Que comunicaré qualsevol variació de les dades facilitades.							
SIGNATURA (HAN DE SIGNAR TOTS ELS COMPONENTS MAJORS D'EDAT)							
SOL·LICITANT A		SOL·LICITANT B					
ALTRES MEMBRES DE LA UNITAT FAMILIAR (MUF) (majors d'edat)							
MEMBRE 1	MEMBRE 2		MEMBRE 3		MEMBRE 4	MEMBRE 5	
Localitat							
Data: de De 20							
Aquesta inscripció té una durada de dos anys, transcorreguts els quals, si no es fa cap modificació o renovació, es produirà la baixa automàtica de la inscripció.							
<i>Les dades per vostè facilitades seran tractades per INSTITUT BALEAR DE LA VIVENDA en qualitat de Responsable de Tractament, amb la finalitat de dur a terme la gestió de les declaracions responsables d'inscripció al Registre Públic de Demandants d' Habitatges. Vostè podrà exercitar els drets d'Accés, Rectificació, Supressió, Limitació, Portabilitat o, en el seu cas, Oposició. A aquests efectes, haurà de presentar un escrit davant el responsable del tractament, mitjançant el procediment «Sol·licitud d'exercici de drets en matèria de protecció de dades personals», previst a la seu electrònica de la CAIB, o, si s' escau, al nostre Delegat de Protecció de Dades protecciondades@dgd.caib.es. Així mateix, en cas de considerar vulnerat el seu dret a la protecció de dades personals, podrà interposar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (www.aepd.es).</i>							
<i>Té disponible més informació del tractament de les seves dades en la nostra Política de privacitat.</i>							