

Solicitud de Lote y/o Parcela Personas Físicas

Resistencia, dede... ..

**AL PRESIDENTE DEL
IPRODICH**
S / D

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por su intermedio a la Subsecretaría de Articulación Comunitaria y Gestión de Tierras, para solicitar la inscripción en el registro de Banco de Tierras Urbanas de la Provincia del Chaco creado por ley 3331-A.

El/la que suscribe titular/jefe del grupo familiar Sr/a DNI N°, en nombre de su de nombre DNI N° quien presenta una discapacidad de tipo, certificada con CUD N°

Se adjunta:

- Ficha inscripción Banco de Tierras Urbanas para personas físicas
- Fotocopia de DNI de jefe/a de hogar
- Fotocopia de DNI del grupo familiar
- Certificado Único de Discapacidad
- Certificado de domicilio del jefe/a de hogar
- Acta de matrimonio o certificado de unión de hecho
- Constancia de ingresos (Recibo de sueldo o pensión o constancia de inscripción en AFIP) del grupo familiar
- Constancia de inscripción en ATP (en caso de corresponder)

Sin otro particular me despido de usted atentamente.

Firma solicitante

Aclaración

N° DNI

Telefono

Dirección:

Este formulario tiene carácter de declaración jurada y en caso que la documentación este completa, habilita su inscripción al registro de solicitud de banco de tierras.

FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA SOLICITUD DE LOTE / PARCELA

PERSONAS FISICAS

Datos del jefe/jefa de hogar

Apellido				Nombre					
DNI				Nacionalidad					
Domicilio real									
Provincia				Ciudad			CP		
Teléfono Móvil				Empresa					
Teléfono Fijo				Teléfono Alternativo					
Trabaja	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Relación de Dependencia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Donde				Antigüedad [años]					
Estado civil	Casado	<input type="checkbox"/>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>	Unión de hecho	<input type="checkbox"/>	
Percibe asignación	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cual				
Percibe otro beneficio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cual				
Tiene hijos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cuantos				
Posee algún inmueble	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Donde				
Posee discapacidad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Tipo				
N° CUD				Vencimiento					
Actividad a desarrollar en el inmueble									

Datos de los miembros del grupo familiar

Primer Miembro

Apellido				Nombre					
DNI				Nacionalidad					
Filiación	Esposa/o	<input type="checkbox"/>	Concubino/a	<input type="checkbox"/>	Hijo/a	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	
Provincia				Ciudad			CP		
Teléfono Móvil				Empresa					
Teléfono Fijo				Teléfono Alternativo					
Trabaja	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Relación de Dependencia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Donde				Antigüedad [años]					
Percibe asignación	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cual				
Percibe otro beneficio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cual				
Posee algún inmueble	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Donde				
Posee discapacidad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Tipo				
N° CUD				Vencimiento					

Segundo Miembro

Apellido				Nombre				
DNI				Nacionalidad				
Filiación	Esposa/o	<input type="checkbox"/>	Concubino/a	<input type="checkbox"/>	Hijo/a	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Provincia				Ciudad			CP	
Teléfono Móvil				Empresa				
Teléfono Fijo				Teléfono Alternativo				



Trabaja	SI		NO		Relación de Dependencia	SI		NO	
Donde					Antigüedad [años]				
Percibe asignación	SI		NO		Cual				
Percibe otro beneficio	SI		NO		Cual				
Posee algún inmueble	SI		NO		Donde				
Posee discapacidad	SI		NO		Tipo				
N° CUD					Vencimiento				

Tercer Miembro

Apellido					Nombre				
DNI					Nacionalidad				
Filiación	Esposa/o		Concubino/a		Hijo/a		Otro		
Provincia					Ciudad			CP	
Teléfono Móvil					Empresa				
Teléfono Fijo					Teléfono Alternativo				
Trabaja	SI		NO		Relación de Dependencia	SI		NO	
Donde					Antigüedad [años]				
Percibe asignación	SI		NO		Cual				
Percibe otro beneficio	SI		NO		Cual				
Posee algún inmueble	SI		NO		Donde				
Posee discapacidad	SI		NO		Tipo				
N° CUD					Vencimiento				

Cuarto Miembro

Apellido					Nombre				
DNI					Nacionalidad				
Filiación	Esposa/o		Concubino/a		Hijo/a		Otro		
Provincia					Ciudad			CP	
Teléfono Móvil					Empresa				
Teléfono Fijo					Teléfono Alternativo				
Trabaja	SI		NO		Relación de Dependencia	SI		NO	
Donde					Antigüedad [años]				
Percibe asignación	SI		NO		Cual				
Percibe otro beneficio	SI		NO		Cual				
Posee algún inmueble	SI		NO		Donde				
Posee discapacidad	SI		NO		Tipo				
N° CUD					Vencimiento				

Firma solicitante

Aclaración

N° DNI