



# ANEXO

C/

LOS LOCALES PARTICIPAN EN LAS OBRAS

SI

NO

Nº ORDEN	PLANTA/LETRA	VIVIENDA/LOCAL	M² C.	USO PROPIO/ALQUILER	NOMBRE TITULARES O ARRENDATARIOS	D.N.I.	RENTA < 3 IPREM	MAYOR 65 AÑOS	DISCAPACIDAD	NO AUTORIZA CONSULTAS	FIRMA
		VIVIENDA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/>		USO PROPIO <input type="checkbox"/> ALQUILER <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		VIVIENDA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/>		USO PROPIO <input type="checkbox"/> ALQUILER <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		VIVIENDA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/>		USO PROPIO <input type="checkbox"/> ALQUILER <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		VIVIENDA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/>		USO PROPIO <input type="checkbox"/> ALQUILER <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		VIVIENDA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/>		USO PROPIO <input type="checkbox"/> ALQUILER <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		VIVIENDA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/>		USO PROPIO <input type="checkbox"/> ALQUILER <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	