|  |  |
| --- | --- |
| Castelraimondo | COMUNE DI CASTELRAIMONDO Provincia di Macerata |

C.A.P. 62022 - Piazza della Repubblica n. 12 - tel. 0737 / 641723 - 641724; fax 0737 / 640096 - P.I. 00116600438

Sito internet: [www.castelraimondo.sinp.net](http://www.castelraimondo.sinp.net) e\_mail : comune@castelraimondo.sinp.net

 Allegato alla delibera G.M. n. 45 del 20.3.2019

**OGGETTO : RICHIESTA ANTICIPAZIONE SPESA PER ACQUISTO**

**MOBILIO ESSENZIALE E/O SPESA PER IL TRASLOCO NEGLI ALLOGGI DESTINATI A SFOLLATI DEL TERREMOTO 2016 . (EX ART . 14 D.L. N. 8/2017 )**

Il sottoscritto ................................................ nato a ............................... il ..............

residente a Castelraimondo , in via ........................................................n................

Codice Fiscale ....................................................................cellulare...................................

assegnatario dell’appartamento di proprietà dell’ERAP Regione Marche sito in

Castelraimondo in via ......................................................... n...................

 C h i e d e

Al Comune di Castelraimondo l’anticipazione della somma di Euro .................................. necessaria all’acquisto di mobilio essenziale per l’arredo dell’appartamento sopra individuato (come da preventivo allegato) poichè la sua situazione economica non gli permette di affrontare tale spesa,

Dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi Del D.P.R. 445/00:

* Di essere consapevole che il rimborso della somma verrà erogato dalla Regione al Comune di Castelraimondo .

Allega : preventivo con l’elenco del mobilio essenziale acquistato

 --------------------------------------------------