



COMUNE di CASTELVECCHIO CALVISIO  
piazza del Municipio, 3  
67020 CASTELVECCHIO C. (AQ)

---

**Oggetto: Contributo autonoma sistemazione; cessazione pagamento.**

Il/la sottoscritto/a ....., nato/a ..... il  
....., residente/stabilmente domiciliato in Castelvechio Calvisio, Via  
.....n°.....C.F.....  
Tel: .....

**Dichiara**

Che la propria abitazione principale, a seguito del sisma del 6 aprile 2009, ha conseguito un  
esito di agibilità “.....”

Che dalla data del ..... fruisce del contributo per la autonoma sistemazione per  
il seguente nucleo familiare:

..... grado parentela .....  
..... grado parentela .....  
..... grado parentela .....  
..... grado parentela .....  
..... grado parentela .....

**CHIEDE**

**la cessazione del contributo per la autonoma sistemazione** con effetto dalla data del  
..... per il seguente motivo:

.....  
.....  
.....  
.....

Castelvechio Calvisio lì ..... FIRMA .....