*INTESTAZIONE COMUNE*

Prot. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A: Commissario straordinario alla ricostruzione nel territorio delle regioni Emilia-Romagna, Toscana e Marche ([commissarioricostruzione@pec.governo.it](mailto:commissarioricostruzione@pec.governo.it)).

**OGGETTO: Eventi calamitosi dal 1° maggio 2023 - Trasmissione elenco riepilogativo “Contributo per l’autonoma sistemazione” (CAS) periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e richiesta di trasferimento risorse finanziarie.**

Con la presente si trasmette, nei formati .*xls* e .*pdf* firmati digitalmente (PAdES o CAdES, nativi digitali o con attestazione di conformità digitale), l’elenco riepilogativo delle domande di “Contributo per l’autonoma sistemazione” (CAS) pervenute all’attenzione del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e accolte ai fini dell’erogazione del contributo in oggetto nel periodo di riferimento.

Si chiede pertanto il trasferimento delle risorse finanziarie a relativa copertura per l’importo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la seguente MODALITA' DI PAGAMENTO:

**Per pagamenti tramite bonifico bancario:**

Tesoreria del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN IT\_\_ \_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

BIC SWIFT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ovvero*

**Per pagamenti effettuati da Enti Pubblici in regime di Tesoreria Unica tramite girofondi tra Enti:**

Banca d’Italia - Tesoreria Provinciale dello Stato – Sezione di \_\_\_\_\_\_

Conto \_\_\_\_\_

IBAN IT\_\_ \_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Inoltre, in riferimento alla domanda di CAS progressivo n. \_\_\_\_\_\_\_\_si comunica che è intervenuta la seguente variazione alla richiesta di contributo:

…..

*Specificare la variazione intervenuta e il periodo di riferimento della variazione (es. aumento/riduzione del nucleo familiare; rientro anticipato nell’abitazione; verifica effettuata dal comune che rilevi la decadenza dei requisiti per accedere al contributo; ogni altra casistica prevista che rientri nei casi di aumento/riduzione/sospensione/esclusione dal contributo).*

*(Ripetere ove vi siano più variazioni da comunicare)*

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_