*FAX SIMILE DOMANDA DI LIQUIDAZIONE ANTICIPO*

INTESTATARIO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spett.le

 COMUNE DI CAPALBIO

 info@pec.comune.capalbio.gr.it

Il sottoscritto/a…………………………… nato/a a………………………………………… il…………...

………………….., residente in…………………………………. Via……………………………………..,

in qualità di legale rappresentante dell’Associazione denominata…………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………

Con sede in………………………Via………………………….n…………………………………………..

Codice Fiscale………………………………………Partita IVA…………………………………………...

 recapito telefonico………………………………….E-mail………………………………………………..

in riferimento alla richiesta di contributo per l’iniziativa/evento……………………………………… ……………………………………………………………..del……….. prot. n°………del………………..

RICHIEDE

La liquidazione di\_\_\_\_\_ € pari al 50% del contributo totale

Si allega alla presente documento di identità legale rappresentate

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_