Comune di Trasacco (AQ)

Piazza Mazzini - c.a.p. 67059
TEL. 0863/931120 FAX 0863/931240
C.F. 00167260660
E-Mail info@comune.trasacco.aq.it

Al responsabile U.T.C. del Comune di Trasacco

| **CESSIONE VOLONTARIA IN LUOGO DI ESPROPIAZIONE** |

La/Il sottoscritto/a.....

Nato/a .....Il .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. .....

Altri proprietari

(Cognome e nome) .....nato/a.....il.....

Residente a ..... Via ..... N° .....

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel.....

(Cognome e nome) .....nato/a.....il.....

Residente a ..... Via ..... N° .....

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel.....

Proprietari/o dell'area interessata all'espropriazione in oggetto, contraddistinta al Catasto Terreni con:

Foglio ..... mappali nn. .....sub .....
Foglio ..... mappali nn. .....sub .....
Foglio ..... mappali nn. .....sub .....

Dichiara___:

• Di voler convenire, ai sensi dell'art. 5 bis – secondo comma – del D.L. 11/7/1992 n. 333 convertito con modificazioni nella Legge 8/8/1992 n. 359, la cessione volontaria degli immobili sopraindicati percependo l'indennità provvisoria di €. ....., offerta da .....

• Che il suddetto bene è di sua/loro esclusiva proprietà, libero da qualsiasi vincolo o pregiudizio alla libera disponibilità in ordine a eventuali diritti di terzi e che, comunque, assume/ono ogni responsabilità in ordine ad eventuali diritti reali di terzi su di esso

• Di voler percepire la suddetta somma a titolo di indennità mediante riscossione:

.....

.....

.....

Si dichiara di essere informato/i che i dati personali saranno trattati, e ne autorizzo/iamo la raccolta degli stessi, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96. Si dichiaro inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o non veriteriere, così come richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Il Dichiarante .....

Trasacco lí, ...

Il Dichiarante .....

Il Dichiarante .....