

RELACIÓN DE BIENES AFECTADOS			
Don/Doña: ....., en nombre propio o en representación de ....., declaro responsablemente haber sufrido daños en los bienes que seguidamente se relacionan como consecuencia de la D.A.N.A producida en Argés el 1 de septiembre de 2021:			
<b>INMUEBLES</b>  (Según la definición del artículo 5.1.a) de las Bases reguladoras)	<b>Nº.</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FOTO</b>
	1		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº. (*):
<b>ENSERES</b>  (Según la definición del artículo 5.1.b) de las Bases reguladoras)	<b>Nº.</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FOTO</b>
	1		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	2		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	3		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	4		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	5		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	6		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	7		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	8		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	9		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	10		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	11		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	12		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	13		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
	14		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:
15		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº.:	
En Argés (Toledo), a ____ de ____ de 2021.			
(Firma del interesado)			

(\*): Numere de forma correlativa las imágenes que aporte y coloque en esta casilla el número que corresponda al bien descrito en la columna de la izquierda.

[En el caso de los enseres, de resultarle insuficiente las casillas anteriores puede continuar la relación en otra tabla de las mismas características que ésta.]