



## RICHIESTA DI REVISIONE DEL CANONE DI LOCAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, codice fiscale: \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ assegnatario dell'alloggio ERP sito in Roma, via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ scala \_\_\_\_\_ interno \_\_\_\_\_

codice immobile \_\_\_\_\_ codice utente \_\_\_\_\_ (DD assegnazione n. \_\_\_\_\_ del

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, contratto di locazione stipulato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_), ai sensi dell'articolo 12, commi

4 e 5, della legge regionale 12/1999

### CHIEDE:

L'aggiornamento del canone di locazione in quanto la situazione anagrafico – reddituale è variata in seguito a:

decesso di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

uscita dall'alloggio di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

licenziamento o immissione nelle liste di mobilità/accertato stato di disoccupazione/sospensione dal lavoro e fruizione della cassa integrazione guadagni\* del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (assegnatario/componente il nucleo familiare\* concorrente alla determinazione del reddito originario) a partire dalla data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegare obbligatoriamente la certificazione rilasciata da privati);

diminuzione permanente della capacità lavorativa superiore ai 2/3 (66%) del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ assegnatario/componente il nucleo familiare\* (debitamente certificata dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_);

inabilità al lavoro del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ assegnatario/componente il nucleo familiare\*

variazione della capacità reddituale (esempio: riduzione e/o aumento reddito, acquisto e/o vendita proprietà immobiliari, eredità, donazioni, separazioni legali e/o giudiziali)

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\**deppennare la voce che non interessa*



**Dipartimento Patrimonio e Politiche Abitative**

Direzione Gestione

U.O. Alienazioni

**Presso Aequa Roma S.p.A.**

Via Ostiense 131/L – 00154 Roma

Consapevole delle conseguenze amministrative e penali della falsità in dichiarazioni rese, in particolare per quanto riguarda la revoca dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi del DPR 445/2000:

### DICHIARA

Che i redditi maturati per l'anno 20\_\_ dal componente del nucleo assegnatario uscito/destinatario della variazione, sono i seguenti:

NOME E COGNOME	CODICE FISCALE	IMPORTO REDDITI LAVORO DIPENDENTE/PENSIONE	IMPORTO REDDITI LAVORO AUTONOMO	IMPORTO ALTRI REDDITI specificare tipo (a)	REDDITI NON FISCALMENTE IMPONIBILI specificare tipo (b)	H (c)

[a]. in caso di disoccupazione, inserire la data di iscrizione al Centro Provinciale per l'Impiego

[b]. es. pensione di invalidità/inabilità, assegno per il mantenimento dei figli, etc.

[c]. barrare la casella per indicare la presenza di portatore di handicap, certificata ai sensi della vigente normativa, che presenti riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3

### DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che Aequa Roma verificherà le dichiarazioni di cui sopra e l'esito degli accertamenti, se rileverà dati difformi da quelli qui dichiarati, mi verrà comunicato unitamente all'avvio dei relativi procedimenti; che, con la sottoscrizione della presente istanza, autorizzo il trattamento dei dati personali a norma del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196.

**Firma dell'ASSEGNATARIO**

\_\_\_\_\_

#### ALLEGATI:

- Fotocopia documento di identità;
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_;