



**AL COMUNE DI TRIESTE**  
 DIPARTIMENTO SERVIZI E POLITICHE SOCIALI  
 AGENZIA SOLIDARIETA' PER L'AFFITTO  
 Via Mazzini, n. 25 – 34121 TRIESTE

Tel.: 040 6754123 – 040 6757016

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO	SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO
	RICEVUTO IN DATA .....

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) .....,  
 C.F. (codice fiscale) ....., Tel.: ....., in  
 qualità di LOCATORE dell'alloggio sito in Comune di .....,  
 Località ....., Prov ....., Via .....,  
 num. Civ. ...., dato in locazione a .....,  
 con contratto sottoscritto dalle parti in data .....

**DICHIARA**

- che il locatario sopra citato ha inviato al sottoscritto formale comunicazione di impossibilità ad effettuare il versamento dell'intero canone di locazione;

**(oppure)**

di avere attivato l'azione di convalida di sfratto per morosità del conduttore di cui all'art. 5. lettera b) del Protocollo d'Intesa "Agenzia Solidarietà per l'Affitto" e a tal fine allega copia della notifica della citazione effettuata al conduttore inadempiente. Comunica altresì di interrompere contestualmente il versamento del contributo al fondo di garanzia pari al 2% del canone mensile di locazione.

Data .....

Firma del dichiarante .....