

## ATTESTATO DI RISPONDENZA

L. 431/98 art.2, c. 3; DM 16 Gennaio 2017 art.1, c.8; art.2, c.8; art.3, c.5; art.5

### ALLEGATO F

Locatore: Nome ..... Cognome .....

Conduttore: Nome ..... Cognome .....

Immobilie sito nel Comune di ....., in

Via ....., N° ....., interno ....., m.q.....

zona....., tipologia dimensionale da mq. ... a mq. ... arredato/parz. arredato/non arredato .....

Contratto tipo ....., con decorrenza dal ....., registrato c/o AdE di .....,

il ..... al N° ..... Codice Identificativo : .....

Importo canone annuo € ..... (LETTERE .....) )

**Parametri** (barrare con una X la risposta positiva):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipologia A/7, A/8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impianto fisso condizionamento o pompa di calore
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piano terra, 1° piano fuori terra o ascensore ai piani superiori
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortile con parcheggio utilizzabile dall'unità immobiliare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorimessa o box auto o posto auto in Centro Storico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantina e/o soffitta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doppi servizi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giardino esclusivo o condominiale e/o area ortiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terrazza o balcone o lastrico solare o loggia o veranda di pertinenza esclusiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porta blindata o cancello di sicurezza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unità immobiliare con certificazione energetica classe A,B,C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abitazione nuova o ristrutturata completamente da massimo 10 anni e/o con miglioramento della classe energetica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allarme interno all'alloggio e/o inferriate in tutte le finestre esterne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ascensore accessibile a persone con disabilità motoria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servizio igienico accessibile a persone con disabilità motoria

Totale parametri n. .... Sub fascia .....

Tutto ciò premesso l'organizzazione ....., firmataria dell'Accordo Territoriale del Comune di **BOMPORTO** depositato il **21/11/2023**, con decorrenza dal **01/12/2023**, sulla base degli elementi oggettivi dichiarati dalle parti contrattuali con relativa assunzione di responsabilità delle parti stesse della rispondenza dei dati dichiarati **ATTESTA** che i contenuti economici e normativi del contratto suddetto, corrispondono a quanto previsto nell'accordo vigente per il Comune di **BOMPORTO**. **La presente attestazione è valida solo se accompagnata dal contratto allegato.**

Verificato in data ..... L'organizzazione .....

Timbro e firma .....

Allegato: copia registrata del contratto



