Contaduría General de la Nación CGN

SOLICITUD DE RESCISIÓN

SGA SERVICIO DE GARANTÍA DE ALQUILERES

Número de Contrato

UBICACIÓN DE LA FINCA

Calle	Nro. Puerta	Apto.
entre las calles	**Ciudad**	

IDENTIFICACIÓN DEL INQUILINO

Apellidos	Nombres	Teléfono/Celular
Nuevo domicilio	**Nro. Puerta**	**Apto.**
Ciudad	**Domicilio electrónico (Correo) Obligatorio**	

El SGA de la CGN podrá realizar las notificaciones en el domicilio electrónico denunciado. Art. 696 de la Ley Nro. 16.736 de 5/1/1996 y art. 4 de la Ley Nro. 18.600 de 21/9/2009.

DECLARACIÓN DEL INQUILINO

EL QUE SUSCRIBE DECLARA:

• Que es de su conocimiento, que el Servicio de Garantía de Alquileres se recibirá de la propiedad con carácter provisorio, quedando sin efecto la rescisión del contrato, por cualquier circunstancia que impida la realización de inspección de su estado (cerraduras en mal estado, existencia de muebles, suciedades, etc.) las llaves serán devueltas al inquilino;

• Que NO ☐ SI ☐ TIENE LANZAMIENTO PARA LA FECHA ☐☐☐
(marcar lo que corresponda)

• Que la fecha de rescisión, de conformidad con la inspección será la del día de entrega de llaves.

• De constatarse la existencia de desperfectos, su cuotificación será realizada en valores equivalentes a U.R. (Art. 121 Ley 16.226).

_____ _____

Firma del Inquilino | Cédula de Identidad

CARACTERÍSTICA DE LA RESCISIÓN

Contrato Vencido ☐ Resc. en Trámite ☐ Nueva Gestión Nº de Contrato ☐ Fecha Firma Contrato ☐☐☐

Acuerdo de partes

Con Inspección — Fecha ☐☐☐ — Con Inspección, se debe indicar la fecha a partir de la cual se autoriza la entrega de llaves en el S.G.A.

Sin Inspección — Fecha ☐☐☐ — Sin Inspección, la fecha de rescisión será el día de ingreso de la documentación, salvo que las partes establezcan otra expresamente.

_____

Firma del Arrendador

RECEPCIÓN

Fecha ☐☐☐ Se recibieron ☐ llaves.

_____

Firma del Funcionario