

Alla **Banca di Forlì Credito Cooperativo S.C.**

Filiale di

.....

Via .....

.....

**Oggetto: RICHIESTA DI SOSPENSIONE DI PAGAMENTO DELLE RATE DEL MUTUO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*Nome* *Cognome*

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente in  
\_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

e il/la sottoscritto/a (qualora contestatario del mutuo)

\_\_\_\_\_  
*Nome* *Cognome*

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente in  
\_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE / CHIEDONO**

l'intervento di sospensione previsto dal "Piano Famiglie ABI" per il mutuo (identificato con n. \_\_\_\_\_) erogato per un importo di euro \_\_\_\_\_ per l'acquisto della abitazione principale sita nel

Comune di \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

richiedendo l'applicazione della misura preferibilmente nella forma di:

- sospensione della sola quota capitale

- sospensione dell'intera rata

All'uopo, consapevoli che la dichiarazione mendace, la falsità in atti e l'uso di atto falso sono puniti, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

#### **DICHIARANO:**

- di essere titolari del mutuo (ovvero erede del titolare del mutuo in caso di morte dell'intestatario) di cui si chiede la sospensione;
- che il mutuo è stato erogato per l'acquisto, ristrutturazione o costruzione dell'abitazione principale;
- di non aver richiesto in precedenza la sospensione del pagamento per lo stesso mutuo;
- di essere proprietari/o dell'immobile per il quale si sta rimborsando il mutuo ipotecario alla data della richiesta;
- che l'immobile a garanzia del mutuo oggetto di intervento è utilizzato in qualità di abitazione principale;
- che il proprio ultimo reddito imponibile annuo non è stato superiore a 40 mila euro. trattamenti di sostegno del reddito

#### **AI FINI DELLA RICHIESTA IN OGGETTO RICHIEDONO LA SOSPENSIONE PER ALMENO UNO DEI SEGUENTI EVENTI RIFERIBILI AD ALMENO UNO DEGLI INTESTATARI DEL MUTUO (BARRARE LA CASELLA INTERESSATA):**

- cessazione del rapporto di lavoro subordinato, ad eccezione delle ipotesi di risoluzione consensuale, di risoluzione per limiti di età con diritto a pensione di vecchiaia/anzianità, di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo, di dimissioni del lavoratore non per giusta causa;
- cessazione dei rapporti di lavoro di cui all'art. 409, n. 3, c.p.c. (rapporti di agenzia, di rappresentanza commerciale ed altri rapporti di collaborazione che si concretino in una prestazione di opera continuativa e coordinata, prevalentemente personale, anche se non a carattere subordinato), ad eccezione delle ipotesi di risoluzione consensuale, di recesso datoriale per giusta causa, di recesso del lavoratore non per giusta causa;
- sospensione del lavoro o riduzione dell'orario di lavoro per un periodo di almeno 30 giorni, anche in attesa dell'emanazione dei provvedimenti di autorizzazione dei trattamenti di sostegno del reddito (CIG; CIGS; altre misure di sostegno del reddito, c.d. ammortizzatori sociali in deroga; contratti di solidarietà);
- altro (ammissibilità subordinata alla valutazione della Banca)

.....

#### **ALLEGANO PERTANTO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

**Documentazione attestante il reddito imponibile annuo.**

**Per l'evento perdita del lavoro subordinato e cessazione dei rapporti di lavoro di cui all'art. 409, n. 3, c.p.c.:**

- documentazione comprovante la cessazione del rapporto di lavoro e le cause della stessa (ad es.: lettera di licenziamento; lettera di dimissioni; contratto di lavoro dal quale si evinca l'intervenuta scadenza del termine), nonché copia della dichiarazione attestante l'attuale stato di

disoccupazione, resa dall'interessato al Centro per l'impiego ai sensi dell'art. 2 D.Lgs. 21 aprile 2000, n. 181;

**Per l'evento morte:**

- o certificato di morte del titolare del mutuo;

**Per l'evento sopraggiunta non autosufficienza:**

- o certificato rilasciato dall'apposita commissione istituita presso l'ASL competente per territorio che qualifica il mutuatario quale portatore di handicap grave (art. 3 comma 3 legge 5 febbraio 1992, n. 104) ovvero invalido civile (dall'80% al 100%);

**Per l'evento sospensione dal lavoro o riduzione dell'orario di lavoro per un periodo di almeno 30 giorni, anche in attesa dell'emanazione dei provvedimenti di autorizzazione dei trattamenti di sostegno del reddito (CIG; CIGS; altre misure di sostegno del reddito, c.d. ammortizzatori sociali in deroga; contratti di solidarietà):**

- o documentazione dalla quale risulti la sospensione dal lavoro o la riduzione dell'orario di lavoro dell'interessato (ad es.: certificazione del datore di lavoro; richiesta del datore di lavoro di ammissione al trattamento di sostegno del reddito; provvedimento amministrativo di autorizzazione al trattamento di sostegno del reddito);

**Nel caso di altri eventi:**

.....  
.....

Il trattamento dei dati personali forniti sarà effettuato dalla banca, in qualità di titolare del trattamento, in osservanza delle previsioni del D.lgs. n. 196/2003 (ivi compreso il profilo della sicurezza) con modalità anche informatiche ed esclusivamente per le finalità relative alla sospensione del pagamento delle rate di mutuo prevista dal Piano famiglie ABI, e comunque per il tempo strettamente necessario al raggiungimento di dette finalità. I dati personali potranno essere trasmessi a terzi, esclusivamente in forma anonima ed unicamente in termini di rilevazione aggregata. E' garantita ai sensi dell'art. 7 D.lgs. n. 196/2003 il diritto di accesso ai propri dati come, a titolo esemplificativo, il diritto di aggiornamento, integrazione, rettifica, cancellazione, blocco o opposizione al trattamento rivolgendosi alla banca. I sottoscritti prestano il consenso, ai sensi del D.lgs. n. 196/2003, al trattamento dei dati personali da parte della banca esclusivamente per le finalità relative alla sospensione del pagamento delle rate del mutuo previsto dal Piano famiglie ABI.

Luogo e data, .....

Firme dei richiedenti

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Per:	
Ricevuto il: .....	Sigla operatore: .....

[Riservato alla Banca]

Eventuali note del Responsabile di Filiale / Addetto Ufficio Crediti:

---

---

---

---