

**MODULO DI SOSPENSIONE DELLA QUOTA CAPITALE DEI MUTUI IPOTECARI E DEI PRESTITI
CHIROGRAFARI A RIMBORSO RATEALE IN BASE ALL'ACCORDO ABI - ASSOCIAZIONI DEI
CONSUMATORI DEL 21 APRILE 2020**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà

(Artt. 46 e 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Da presentare alla Banca che ha erogato il finanziamento/mutuo.

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome / Surname _____ Nome / First name _____

Codice Fiscale [Fiscal Code] |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| Sesso [Gender] |M| - |F|

Luogo di nascita [Place of birth] _____

Data di nascita [Date of birth] |_____| / |_____| / |_____| |_____|

Residente in (indirizzo) [Resident in (Address)] _____

Città [City] _____ Comune [Municipality] _____ Provincia [District] |_____|

Documento d'identità [Type of Identity Document] _____

Numero [Number] _____ Data di rilascio [Date of issue] |_____| / |_____| / |_____| |_____|

Autorità [Authority] _____ Data di scadenza [Date of expiry] |_____| / |_____| / |_____| |_____|

e-mail _____ cellulare [cell phone] _____

(in caso di dichiarazione resa da cittadini italiani e della unione europea, allegare copia del documento di identità; negli altri casi, allegare il passaporto e il permesso di soggiorno)

e (in caso di mutuo o finanziamento cointestato a più persone)

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome / Surname _____ Nome / First name _____

Codice Fiscale [Fiscal Code] |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| Sesso [Gender] |M| - |F|

Luogo di nascita [Place of birth] _____

Data di nascita [Date of birth] |_____| / |_____| / |_____| |_____|

Residente in (indirizzo) [Resident in (Address)] _____

Città [City] _____ Comune [Municipality] _____ Provincia [District] |_____|

Documento d'identità [Type of Identity Document] _____

Numero [Number] _____ Data di rilascio [Date of issue] |_____| / |_____| / |_____| |_____|

Autorità [Authority] _____ Data di scadenza [Date of expiry] |_____| / |_____| / |_____| |_____|

e-mail _____ cellulare [cell phone] _____

A tal fine, consapevole/i delle sanzioni, in caso di false dichiarazioni e di formazione o uso di atti falsi:

DICHIARA/ DICHIARANO

A) Per i finanziamenti garantiti da ipoteca, che l'immobile ipotecato è sito in _____ (prov. _____), via _____, numero _____, edificio _____, scala _____, interno _____, Categoria¹ _____, che non ha le caratteristiche di lusso indicate nel decreto del Ministero dei lavori pubblici in data 2 agosto 1969 (da compilare solo in caso di richiesta di sospensione della quota capitale delle rate di mutuo ipotecario);

B) di essere titolare/idel contratto di finanziamento/mutuo, identificato con numero _____, per la finalità (da compilare solo in caso di richiesta di sospensione della quota capitale di mutuo ipotecario): _____

C) che uno dei seguenti eventi è intervenuto successivamente alla data di stipula del contratto di mutuo e si è verificato nei due anni antecedenti alla richiesta di ammissione al beneficio (barrare l'ipotesi di interesse):

- Cessazione del rapporto di lavoro subordinato², con attualità dello stato di disoccupazione.**
- **In caso di contratto a tempo indeterminato** si allega copia della lettera di licenziamento ovvero documentazione attestante le dimissioni da lavoro per giusta causa³:
 - **In caso di contratto a tempo determinato** si allega copia del contratto, nonché eventuali comunicazioni interruttrive del rapporto (nel caso di recesso per giusta causa si veda la nota 3).
- Cessazione del rapporto di lavoro di cui all'articolo 409, numero 3), del codice di procedura civile, con attualità dello stato di disoccupazione.**
- Si allega copia del contratto, nonché eventuali comunicazioni interruttrive del rapporto (nel caso di recesso per giusta causa si veda la nota 3).
- Sospensione dal lavoro per almeno 30 giorni lavorativi consecutivi, con attualità dello stato di sospensione.**
- A tal fin si allega (barrare le ipotesi di interesse, alternative tra loro):**
- copia del provvedimento amministrativo di autorizzazione dei trattamenti di sostegno del reddito;
 - copia della richiesta del datore di lavoro di ammissione al trattamento di sostegno al reddito;
 - copia della dichiarazione del datore di lavoro, resa ai sensi del D.P.R. n. 445 del 2000, che attesti la sospensione dal lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore, con l'indicazione del numero di giorni lavorativi consecutivi di sospensione.
- Riduzione dell'orario di lavoro per un periodo di almeno 30 giorni lavorativi consecutivi, corrispondente ad una riduzione almeno pari al 20% dell'orario complessivo con attualità della riduzione di orario. A tal fine si allega (barrare le ipotesi di interesse, alternative tra loro):**
- copia del provvedimento amministrativo di autorizzazione dei trattamenti di sostegno del reddito;
 - copia della richiesta del datore di lavoro di ammissione al trattamento di sostegno al reddito;

¹L'immobile non deve rientrare nelle categorie catastali A/1, A/8 e A/9.

²Ad eccezione delle ipotesi di risoluzione consensuale, di risoluzione per limiti di età con diritto a pensione di vecchiaia o di anzianità, di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo, di dimissioni del lavoratore non per giusta causa.

³In caso di dimissioni da lavoro per giusta causa è necessario produrre:

- copia sentenza o atto transattivo bilaterale da cui si evinca l'accertamento della sussistenza della giusta causa che ha comportato le dimissioni del lavoratore oppure;
- copia lettera di dimissioni per giusta causa con il riconoscimento espresso da parte del datore di lavoro della giusta causa che ha comportato le dimissioni del lavoratore ovvero copia lettera di dimissioni unitamente all'atto introduttivo del giudizio per il riconoscimento della giusta causa.

TUTTO CIO' PREMESSO

CHIEDE/CHIEDONO

La sospensione della quota capitale delle rate per _____mesi.

Luogo e data,

- barrare nel caso in cui il mutuatario o l'intestatario del finanziamento che sottoscrive il presente modello di domanda (colui che subisce l'evento) dichiara sotto la propria responsabilità di agire anche in nome e per conto di uno o più cointestatari e/o garanti per ragioni collegate all'emergenza COVID 19 (Vedi riquadro 1)⁶.

Firma/e del/dei richiedente/i

Firma dei garanti

Firma terzi datori di ipoteca

⁶La deroga alla sottoscrizione di eventuali cointestatari e terzi garanti è consentita qualora gli stessi non siano in grado di sottoscrivere il presente modulo in conseguenza dell'evento epidemiologico da COVID 19 tenuto conto delle restrizioni di libero spostamento delle persone.

