

Spett.le
Banca di Credito Cooperativo di Cagliari
Viale Francesco Ciusa, 52
09131 - Cagliari - CA
Alla C. A. dell'Ufficio Crediti
Da inviare via mail: fidi@bcccagliari.bcc.it

Oggetto: Richiesta sospensione rimborso rate ai sensi del Decreto Legge n° 18 del 17.03.2020 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

Il/La/I sottoscritto/a/i:

Nome e cognome	nato/a a	il
residente in	Provincia di	
Via/Viale/Piazza	C.A.P.	
Codice Fiscale		
Nome e cognome	nato/a a	il
residente in	Provincia di	
Via/Viale/Piazza	C.A.P.	
Codice Fiscale		
Nome e cognome	nato/a a	il
residente in	Provincia di	
Via/Viale/Piazza	C.A.P.	
Codice Fiscale		

in ragione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e secondo quanto previsto dall'articolo 26 del Decreto Legge 2 marzo 2020, n. 9 "Misure urgenti per sostegno di famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 53 del 02/03/2020, il quale ha modificato l'articolo 2, comma 479, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244,

CHIEDE / CHIEDONO

in riferimento al mutuo di originari euro _____ (_____) intestato al/alla/ai sottoscritto/a/i medesimo/a/i, identificato con il n. _____, l'applicazione della sospensione per _____ mesi, a valere sulle rate aventi scadenza in tale periodo, dell'obbligo di pagamento delle rate.

All'uopo, il/la/i sottoscritto/a/i, consapevole/i che la dichiarazione mendace, la falsità in atti e l'uso di atto falso sono puniti, come previsto dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara/ dichiarano di essere titolare/i del mutuo di cui si chiede la sospensione, anche per successione a causa di morte dell'ultimo intestatario o di almeno uno degli ultimi intestatari del predetto mutuo.

(depennare l'inciso ove non ricorra l'ipotesi di decesso)

DICHIARA / DICHIARANO ALTRESÌ (barrare entrambe le caselle)

- di essere titolare/contitolare della Ditta _____, Partita IVA _____, Via/Viale/Piazza _____, n. _____, Comune _____, attualmente chiusa per l'emergenza sanitaria;
- di aver subito la sospensione dal lavoro o riduzione dell'orario di lavoro per un periodo di almeno trenta giorni, anche in attesa dell'emanazione dei provvedimenti di autorizzazione dei trattamenti di sostegno del reddito, ai sensi dell'articolo 2, comma 479, lettera c-bis) della Legge n. 244/2007.

Il/la/i sottoscritto/a/i conviene/convengono ed accetta/accettano che la durata del contratto di mutuo e quella delle garanzie per esso prestate sia prorogata di un periodo eguale alla durata della sospensione. Al termine della sospensione, il pagamento delle rate riprende secondo gli importi e con la periodicità originariamente previsti dal contratto, salvo diverso patto eventualmente intervenuto fra le parti per la rinegoziazione delle condizioni del contratto medesimo.

Con osservanza.

Data e luogo

Firma dei dichiaranti

Allegati:

Autocertificazione dei dichiaranti
Documento d'Identità dei dichiaranti