**FAC SIMILE**

**MODULO SOSPENSIONE DEI PRESTITI CHIROGRAFARI O DEI MUTUI IPOTECARI IN BASE ALL'ACCORDO ABI - ASSOCIAZIONI DEI CONSUMATORI DEL DICEMBRE 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/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) che l'immobile ipotecato è sito in _____(prov._____), via_____, numero_____, edificio_____, scala_____,interno_____, Categoria[1]_____, 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 del mutuo ipotecario);

B) di essere titolare/i del contratto di finanziamento/mutuo, identificato con numero_____

C) che uno dei seguenti eventi è intervenuto successivamente alla data di stipula del contratto di finanziamento/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 subordinato[2], 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 causa[3];
- **In caso di contratto a tempo determinato** si allega copia del contratto, nonché eventuali comunicazioni interruttive 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 interruttive del rapporto (nel caso di recesso per giusta causa si veda la nota 3).

☐ **Sospensione dal lavoro per almeno 30 giorni solari 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 solari 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;

☐ copia della dichiarazione del datore di lavoro, resa ai sensi del D.P.R. n. 445 del 2000, che attesti la riduzione dell'orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore, con l'indicazione

---

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

[2]Ad 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.

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

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

sia del numero di giorni lavorativi consecutivi di sospensione sia della percentuale di riduzione dell'orario di lavoro.

☐ **Lavoratore autonomo e libero professionista: riduzione del proprio fatturato, registrato in un trimestre successivo al 21 febbraio 2020 superiore al 33% del fatturato dell'ultimo trimestre 2019, in conseguenza della chiusura o della restrizione della propria attività operata in attuazione delle disposizioni adottate dall'autorità competente per l'emergenza coronavirus (barrare l'ipotesi di interesse)**:

☐ Lavoratore autonomo partita IVA _____
☐ libero professionista partita IVA _____n. iscrizione albo o ordine professionale _____

☐ **Morte del mutuatario**[4]_____
*Cognome / Surname* *Nome / First name*

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

**Nato/a a**_____**il**|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|**,**

**deceduto/a il**|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|**già intestatario/a o cointestatario/a del finanziamento/mutuo**;

☐ **riconoscimento di handicap grave, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero di invalidità civile non inferiore all'80 per cento**
per il caso di insorgenza di condizioni di non autosufficienza: si allega il certificato rilasciato dall'apposita commissione istituita presso l'ASL competente per territorio che qualifica il soggetto quale portatore di handicap grave (art. 3, comma 3, legge 104/1992) ovvero invalido civile (da 80% a 100%).

**Altresì DICHIARA/NO che per il finanziamento/mutuo di cui si richiede la sospensione:**

1. **il finanziamento/mutuo non fruisce di agevolazioni pubbliche nella forma di garanzie (ad esclusione del Fondo di garanzia per la prima casa cui all'art. 1, comma, comma 48, lettera c) della legge 27 dicembre 2013, n. 147), contributi in conto interessi/capitale e provvista agevolata;**
2. **il finanziamento/mutuo non ha fruito di misure di sospensione a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid 19, ovvero ha fruito di misure di sospensione a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid 19 per un periodo pari a _____;**
3. **il finanziamenti/mutuo non è classificato come credito deteriorato o con rate impagate ovvero non è intervenuta la decadenza dal beneficio del termine o la risoluzione del contratto stesso, anche tramite notifica dell'atto di precetto o è stata avviata da terzi una procedura esecutiva sull'immobile ipotecato.**

**TUTTO CIO' PREMESSO**

**CHIEDE/CHIEDONO**

[4] La domanda può essere presentata dal cointestatario del finanziamento/mutuo o dall'erede subentrato nell'intestazione del finanziamento/mutuo.

- ☐ **La sospensione della quota capitale delle rate per _____mesi (al netto di eventuali periodi di sospensione ottenuti a seguito dell'evento epidemiologico da Covid 19).**
- ☐ **La sospensione dell'intera rata per _____mesi (al netto di eventuali periodi di sospensione ottenuti a seguito dell'evento epidemiologico da Covid 19)[5].**

Luogo e data, .....

☐ barrare nel caso in cui il mutuatario 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

_____

[5] La scelta dell'opzione o di entrambe le opzioni di sospensione (intera rata vs quota capitale) da applicare al singolo mutuo/ finanziamento è in capo alle singole banche. Le banche e gli intermediari aderenti devono informare la clientela in merito all'opzione offerta.

[6] La 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.

**RIQUADRO 1 - Solo qualora gli eventuali terzi garanti o terzi datori di ipoteca (o eredi subentrati quali cointestatari del mutuo) siano impossibilitati a sottoscrivere il presente modulo di sospensione del finanziamento/mutuo in conseguenza dell'evento epidemiologico da COVID 19, il presente riquadro può essere sottoscritto esclusivamente dal richiedente/i per loro nome e conto.**

Il/La sottoscritto/a (inserire nominativo del/i garante/i)_____

_____

*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]* |__|__|

Presta il proprio consenso alla sospensione del finanziamento/mutuo, di cui è garante o terzo datore di ipoteca, acconsentendo altresì al mantenimento della garanzia per tutta la durata complessiva del finanziamento/mutuo.

Luogo e data_____

Garante/i o terzo datore di ipoteca

_____

Il soggetto che sottoscrive il presente riquadro (colui che subisce l'evento) dichiara sotto la propria responsabilità che il cointestatario/i ed eventuali terzi garanti o terzi datori di ipoteca, impossibilitato/i alla sottoscrizione della domanda, acconsente/ono alla sospensione con ampliamento della garanzia per tutta la durata del finanziamento/mutuo.

Firma del richiedente

_____