

Alla Bcc Agrobresciano Soc. coop.

Filiale di _____

Via _____

RICHIESTA DI SOSPENSIONE DI PAGAMENTO DELLA QUOTA CAPITALE DELLE RATE DEL MUTUO.

Il/La sottoscritto/a, in qualità di intestatario/a contestatario/a _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ Via _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il/La sottoscritto/a, in qualità di intestatario/a contestatario/a _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ Via _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE/CHIEDONO:

l'intervento di sospensione della quota capitale previsto dal "Piano Famiglie ABI" per il mutuo (identificato con n. _____) erogato per un importo di euro _____.

All'uopo, consapevoli 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 titolari del mutuo (ovvero del titolare del mutuo in caso morte dell'intestatario) di cui si chiede la sospensione;
- di non aver richiesto in precedenza la sospensione del pagamento per lo stesso mutuo;
- di essere proprietario/proprietari dell'immobile per il quale si sta rimborsando il mutuo ipotecario alla data della richiesta;
- che il proprio ultimo reddito imponibile annuo non è stato superiore ai 40 mila euro;

- ❑ che in caso di accoglimento della presente richiesta:
 - _ resteranno ferme tutte le clausole del contratto di mutuo originariamente stipulato, non espressamente derogate dalla presente domanda, la quale non ha natura novativa;
 - _ resteranno valide ed efficaci le garanzie reali e/o personali che assistono il credito vantato dalla Banca.

❑ altro :

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, 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);
- ❑ morte o sopraggiunta non autosufficienza;
- ❑ altro :

ALLEGANO PERTANTO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE (BARRARE LA CASELLA INTERESSATA):

- ❑ **Documentazione attestante il reddito imponibile annuo.**
- ❑ **Per l'evento perdita di 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 la Centro per l'impiego ai sensi dell'art. 2 DLgs. 21 aprile 2000, n. 181;

❑ **Per l'evento morte**

- certificato di morte del titolare del mutuo;

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

- certificato rilasciato dall'apposita commissione istituita dall'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);**

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

❑ **Altro:**

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 di sicurezza) con modalità anche informatiche ed esclusivamente per le finalità relative alla sospensione del pagamento della quota capitale delle rate di mutuo prevista dal piano Famiglie dell'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 rivolgersi a: **Bcc Agrobresciano Piazza Roma, 17 – 25016 Ghedi – Al Direttore Generale quale Responsabile del trattamento dei dati personali.**

Il/I sottoscritto/i presta/prestano il loro 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 della quota capitale delle rate del mutuo previsto dal Piano Famiglie ABI.

Luogo e data, _____

Firma _____

Io/Noi sottoscritto/i _____, in qualità di garante/i _____ dichiaro/i amo di approvare la presente richiesta di sospensione del pagamento della quota capitale del mutuo indicato, e di confermare la validità e l'efficacia della garanzia prestata fino alla completa estinzione di quanto dovuto.

Luogo e data, _____

Firma _____

Parte riservata alla Banca: Dichiaro valide e raccolte a cura di questa filiale le firme apposte.

Luogo e data, _____

Firma _____