**RICHIESTA MORATORIA PERSONE FISICHE PER EMERGENZA COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| *Mutuatario richiedente:* |  |
| *Data di nascita:* |  |
| *Luogo di nascita:* |  |
| *Codice fiscale:* |  |
| *Eventuali cointestatari:* |  |

CHIEDE / CHIEDONO

|  |  |
| --- | --- |
|  | La sospensione del pagamento della quota capitale delle rate per tutte le rate |
|  | con scadenza compresa nei 12 mesi successivi all’accettazione della presente richiesta, con contestuale allungamento del piano di ammortamento di 12 mesi. |
|  |  |
|  | La sospensione del pagamento delle rate (capitale e interessi) con scadenza |
|  | compresa nei 12 mesi successivi all’accettazione della presente richiesta, con contestuale allungamento del piano di ammortamento di 12 mesi e addebito degli interessi maturati durante la sospensione distribuito proporzionalmente sulle rate del piano. |

con riferimento al mutuo:

|  |  |
| --- | --- |
| *Numero mutuo:* |  |
| *Importo originario (EUR):* |  |

e a tal fine DICHIARA / DICHIARANO:

* di avere subito un danno economico connesso all’emergenza Covid-19 e di riscontrare nelle conseguenti difficoltà a far fronte al pagamento del mutuo;
* di prendere atto che la Banca valuterà la presente richiesta secondo principio di sana e prudente gestione e nel rispetto delle proprie procedure valutative, fornendo una risposta entro il termine indicativo di 30 giorni lavorativi dalla presentazione della richiesta tramite PEC, o nel caso in cui la richiesta dovesse pervenire in forma cartacea (consegna diretta, posta o corriere) a decorrere dalla data di ricezione;
* di prendere atto della facoltà della Banca di richiedere ulteriori informazioni;
* che le condizioni economiche e le clausole contrattuali non oggetto della presente richiesta rimangono pienamente valide ed efficaci e si intendono espressamente confermate con la presente, escludendo ogni effetto novativo del contratto anche in relazione alla validità ed efficacia delle garanzie concesse;
* che i garanti, siano essi fideiussori o terzi datori di ipoteca, sono stati regolarmente informati della presente richiesta e confermano gli impegni di garanzia a suo tempo assunti anche a fronte della concessione dei benefici in richiesta;

Luogo e data:

|  |  |
| --- | --- |
| *firma mutuatario richiedente* |  |
| *firma eventuali cointestatari* |  |
|  |

|  |
| --- |
| DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  resa ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 |

resa ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 “*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*”

Il sottoscritto ............................................................................. nato a ................................, il ........ e residente in ..……………………………………………..… Via ………………………… n. …………, (C.F. ………………………………………………………….……)

**D I C H I A R A:**

che quale conseguenza diretta della diffusione dell’epidemia da COVID-19.

1A) - RIDUZIONE DELLE ORE LAVORATIVE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1B) - CASSA INTEGRAZIONE ALL’\_\_\_\_\_\_\_%;

1C) - LICENZIAMENTO (ad eccezione della risoluzione consenzuale, del licenziamento per giusta causa);

2) e 3) - RIDUZIONE DEL FATTURATO DELL’ATTIVITA’ SVOLTA DAL 21/02/2020 ALLA DATA ODIERNA, SUPERIORE AL 33% DEL FATTURATO DELL’ULTIMO TRIMESTRE 2019 IN CONSEGUENZA DELLA CHIUSURA O DELLA RESTRIZIONE DELL’ATTIVITÀ OPERATA IN ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI ADOTTATE DALL’AUTORITÀ COMPETENTE PER L’EMERGENZA COVID-19;

4) - ALTRO (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) - MORTE o RICONOSCIMENTO DI HANDICAP GRAVE CON INVALIDITA’ CIVILE NON INFERIORE ALL’80%;

Dichiara inoltre di essere consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge, art. 76 del succitato T.U. per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_