

Sospensione del credito alle famiglie

Accordo ABI-Associazioni dei Consumatori del 31 marzo 2015

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 mutuo ipotecario o il credito al consumo di durata superiore a 24 mesi per la sospensione del pagamento della quota capitale.

Il/la sottoscritto/a

Codice Fiscale

Luogo e data di nascita

Luogo di residenza

Documento d'identità _____ numero _____

Rilasciato in data _____

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

Il/la sottoscritto/a

Codice Fiscale

Luogo e data di nascita

Luogo di residenza

Documento d'identità _____ numero _____

Rilasciato in data _____

al fine di richiedere la sospensione delle rate di cui all'Accordo tra ABI e Associazioni dei consumatori sottoscritto il 31 marzo 2015 e **consapevole/i delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di false dichiarazioni e di formazione o uso di atti falsi:**

DICHIARA/NO (barrare la casella che interessa)

di essere titolare di un credito al consumo di durata superiore a 24 mesi e

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

Cessazione del rapporto di lavoro subordinato¹

- si allega 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).

Cessazione del rapporto di lavoro di cui all'articolo 409, numero 3), del codice di procedura civile²

- si allega 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).

Morte del finanziato Sig. _____ (CF _____)

Nato a _____ il _____ del _____

Deceduto il _____ (si allega certificato di morte)

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 n. 104/1992) ovvero invalido civile (da 80% a 100%)

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 (ad es. CIG; CIGS; c.d. ammortizzatori sociali in deroga, nonché analoghe prestazioni di fondi di solidarietà)

¹ Ad eccezione delle ipotesi di risoluzione consensuale, di risoluzione per limiti di età con diritto a pensione di vecchiaia, di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo, di dimissioni del lavoratore non per giusta causa. Tra gli eventi che consentono la sospensione sono ammesse le risoluzioni consensuali intervenute presso le Direzioni Territoriali del Lavoro ai sensi dell'art.7, comma 7, della legge n. 604 del 1966, nonché i licenziamenti per superamento del cosiddetto periodo di comporto per malattia.

² Ad eccezione delle ipotesi di risoluzione consensuale, di recesso datoriale per giusta causa, di recesso del lavoratore non per giusta causa. Tra gli eventi che consentono la sospensione sono ammessi i licenziamenti per superamento del cosiddetto periodo di comporto per malattia.

di cui all'art.3 della Legge 28 giugno 2012, n. 92; contratti di solidarietà; altre misure di sostegno del reddito).

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

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

- 1. non ha fruito di altre misure di sospensione dell'ammortamento per un periodo superiore a 12 mesi; ovvero ha già fruito di altre, eventuali misure di sospensione della durata complessiva di _____ mesi, il cui avvio è avvenuto prima di due anni dalla sottoscrizione della presente domanda;**
- 2. non fruisce di agevolazioni pubbliche;**
- 3. non è coperto da un'assicurazione a copertura del rischio che si verifichino gli eventi che consentono la sospensione ai sensi dell'Accordo sottoscritto da ABI e dalle Associazioni dei consumatori il 31 marzo 2015**

CHIEDE/CHIEDONO

La sospensione della quota capitale delle rate del finanziamento **per un periodo pari a _____ (max 12 mesi, comprensivi delle eventuali precedenti misure di sospensione già fruite).**

Luogo e data _____

Firma del/dei richiedente/i

RIQUADRO 1. Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003 (da rendere al richiedente prima del rilascio dell'autocertificazione).

La presentazione della richiesta comporta il trattamento dei dati personali, in alcuni casi anche sensibili (nel qual caso cfr. Riquadro 2), forniti che sarà effettuato dalla banca/intermediario finanziario in qualità di Titolare autonomo del trattamento esclusivamente per le finalità relative alla sospensione del pagamento delle rate di mutuo/finanziamento. La banca/intermediario finanziario tratterà i dati in osservanza delle previsioni del D.lgs. n. 196/2003 (ivi compreso il profilo della sicurezza) con modalità anche informatiche ed esclusivamente per le finalità relative alla sospensione della quota capitale del mutuo o del finanziamento, e comunque ciascuno per il tempo strettamente necessario al raggiungimento di dette finalità. I dati non verranno divulgati, né comunicati o ceduti a terzi che non svolgano attività strettamente strumentali all'attuazione della sospensione del pagamento delle rate di mutuo e ai sensi della normativa in questione, salvo che nei casi previsti dalla legge. In tal caso il suo consenso non è necessario, in quanto il trattamento dei Suoi dati è funzionale a dare corso alle sue richieste rispetto al contratto di mutuo di cui Lei è parte.

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto di fornirlo porta all'impossibilità di accettare la domanda.

E' garantito, ai sensi dell'art. 7 del 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 rivolgendosi al Responsabile specificamente designato per il riscontro agli interessati all'indirizzo sotto riportato

ProFamily S.p.A., via Massaua n. 6 - 20146, Milano, privacy@profamily.it, all'attenzione del Responsabile Privacy.

RIQUADRO 2. Da compilare – a cura del richiedente - solo in caso di documentazione contenente dati sensibili.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003 (da rendere al richiedente prima del rilascio dell'autocertificazione).

Nel caso in cui la Sua richiesta di sospensione preveda come motivazione il "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", la banca intermediario finanziario dovrà trattare tale informazione per le finalità relative alla sospensione del pagamento delle rate di mutuo/finanziamento.

In questo caso i dati da lei forniti sono dati sensibili (e cioè dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale) e possono essere oggetto di trattamento solo con il Suo consenso scritto e previa informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003.

Il trattamento dei Suoi dati sensibili verrà effettuato con il Suo consenso e sulla base dell'Autorizzazione n. 5/2014 del Garante privacy dalla banca/intermediario finanziario in qualità di Titolare autonomo del trattamento esclusivamente per le finalità relative alla sospensione del pagamento delle rate di mutuo/finanziamento. La banca/intermediario finanziario tratterà i dati in osservanza delle previsioni del D.lgs. n. 196/2003 (ivi compreso il profilo della sicurezza) con modalità anche informatiche ed esclusivamente per le finalità relative alla sospensione della quota capitale del mutuo o del finanziamento, e comunque ciascuno per il tempo strettamente necessario al raggiungimento di dette finalità. I dati non verranno divulgati, né comunicati o ceduti a terzi che non svolgano attività strettamente strumentali all'attuazione della sospensione del pagamento delle rate di mutuo e ai sensi della normativa in questione, salvo che nei casi previsti dalla legge. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto di fornirli comporta l'impossibilità di accettare la domanda

E' garantito, ai sensi dell'art. 7 del 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 rivolgendosi al Responsabile specificamente designato per il riscontro agli interessati all'indirizzo sotto riportato

ProFamily S.p.A., via Massaua n. 6 - 20146, Milano, privacy@profamily.it, all'attenzione del Responsabile Privacy

Prestazione di consenso, ai sensi dell'art. 23, del D.Lgs. n. 196 del 2003

In relazione al trattamento dei propri dati sensibili:

Acconsento _____ Non acconsento _____

Al trattamento d dati sensibili previsti nella presente dichiarazione sostitutiva come illustrato nell'informativa sopra riportata.

Data _____ Firma _____

RIQUADRO 3- Da compilare solo in caso di cointestari (o eredi subentrati quali cointestari del mutuo/finanziamento) che non presentano richiesta di sospensione del mutuo/finanziamento.

Il/I sottoscritto/i _____

Codice Fiscale _____

Luogo e data di nascita _____ gg _____ mm _____ aaaa _____

Luogo di residenza _____ (allegare fotocopia documento)

Documento d'identità _____ numero _____

Rilasciato in data gg _____ mm _____ aaaa _____

Presta il proprio consenso alla sospensione del mutuo di cui è cointestario o erede intestatario.

Luogo e data _____

Firma del/dei cointestario/i

Luogo _____ Data _____,

Firma della banca/intermediario finanziario per ricevuta della domanda _____