

Spett.le

CREDITO COOPERATIVO**ravennate, forlivese e imolese soc. coop.**Oggetto: **Richiesta di adesione agli interventi messi a disposizione a seguito di COVID-19.**

Il/La/I sottoscritto/a/i:

(Cognome e Nome) _____

nato/a _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____

e (in caso di mutuo cointestato)

(Cognome e Nome) _____

nato/a _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____

in ragione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, a fronte del pacchetto di interventi messi a disposizione, in riferimento al mutuo n. _____ di originari euro _____ (_____), nonché per i seguenti mutui:

_____ di originari euro _____ (_____)

_____ di originari euro _____ (_____)

CHIEDE / CHIEDONO (barrare la/e casella/e interessata/e)

l'applicazione della sospensione per _____ mesi (max 12 mesi), a valere sulle rate aventi scadenza in tale periodo, dell'obbligo di pagamento della quota capitale delle rate, con pari allungamento del piano di ammortamento;

in aggiunta a quanto precede, anche la sospensione della quota interessi per il medesimo periodo, con ripartizione degli interessi maturandi su tutte le rate residue.

Nel rispetto delle disposizioni di legge e regolamentari tempo per tempo vigenti, ricorrendone i relativi presupposti, chiedo inoltre l'intervento del Fondo di solidarietà per i mutui per l'acquisto della prima casa, che sosterrà i costi relativi agli interessi maturati sul debito residuo, durante il periodo della sospensione. Mi impegno a produrre la documentazione richiesta dal Fondo medesimo appena le competenti autorità provvederanno a rilasciare i previsti modelli.

All'uopo, il/la sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penali e delle conseguenti sanzioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci,

DICHIARA

- di aver subito in via temporanea carenze di liquidità quale conseguenza diretta della diffusione dell'epidemia da COVID-19

e **DICHIARA** altresì (barrare la/e casella/e interessata/e):

di aver subito la sospensione dal lavoro / la riduzione dell'orario di lavoro per un periodo di almeno 30 giorni da parte del datore di lavoro _____, in difficoltà a causa di questa stessa emergenza sanitaria;

di percepire l'indennità di Cassa Integrazione, attivata in ragione degli interventi connessi all'emergenza epidemiologica in atto;

(solo per casi diversi da lavoro dipendente) che è stata interessata da una temporanea riduzione della normale attività professionale per effetto delle limitazioni degli scambi commerciali e dei rapporti di fornitura.

Luogo e data, _____

Firma/e del/i richiedente/i
