

# Sospensione del credito alle famiglie

## Accordo ABI-Associazioni dei Consumatori del 31 marzo 2015

### Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà

(Arti. 46 e 47- D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Da presentare all'Istituto che ha erogato il finanziamento 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 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,

**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

**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 subordinato** <sup>1</sup>  
• 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 evince l'intervenuta scadenza del termine).

**Cessazione del rapporto di lavoro di cui all'articolo 409, numero 3), del codice di procedura civile** <sup>2</sup>  
• 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 evince l'intervenuta scadenza del termine).

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.

**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 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 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 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 AB I 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 fruito).**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del/dei Richiedente/i \_\_\_\_\_

# INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 Regolamento (UE) 2016/679

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%", l'intermediario finanziario dovrà trattare tale informazione per le finalità relative alla sospensione del pagamento delle rate del finanziamento.

In questo caso i dati da lei forniti sono dati personali sanitari e possono essere oggetto di trattamento solo con il Suo consenso scritto e previa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679. Il trattamento dei Suoi dati di salute verrà effettuato con il Suo consenso e sulla base dell'Autorizzazione n. 5/2014 del Garante privacy dall'intermediario finanziario in qualità di Titolare autonomo del trattamento esclusivamente per le finalità relative alla sospensione del pagamento delle rate del finanziamento. L'intermediario finanziario tratterà i dati in osservanza delle previsioni del Regolamento (UE) 2016/679 (ivi compreso il profilo della sicurezza) con modalità anche informatiche ed esclusivamente per le finalità relative alla sospensione della quota capitale 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 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. 15 del Regolamento (UE) 2016/679 il diritto di accesso ai propri dati al fine di conoscere, a titolo esemplificativo, le finalità del trattamento, le categorie di dati trattati e l'esistenza del diritto di richiedere al Titolare del trattamento la rettifica, cancellazione o limitazione al trattamento dei dati personali o di opporsi al loro trattamento rivolgendosi al Responsabile specificamente designato per il riscontro agli interessati a:

## **CONSEL SpA**

Via Bellini, 2  
10121 Torino

Tel. 0115061111

Fax 0115732578

E-mail: [clienti@e-consel.it](mailto:clienti@e-consel.it)

PEC: [consel@actaliscertymail.it](mailto:consel@actaliscertymail.it)

## **Prestazione di consenso, ai sensi dell'art. 9, del Regolamento (UE) 2016/679**

In relazione al trattamento dei propri dati personali sanitari:

Acconsento \_\_\_\_\_ Non acconsento \_\_\_\_\_

Al trattamento dei dati personali sanitari previsti nella presente dichiarazione sostitutiva come illustrato nell'informativa sopra riportata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Da compilare solo in caso di cointestari (o eredi subentrati quali cointestari del finanziamento) che non presentano richiesta di sospensione del finanziamento.**

Il/I sottoscritto/i \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aaaa \_\_\_\_\_

Luogo di residenza \_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_ (Allegare fotocopia)

numero \_\_\_\_\_ rilasciato in data gg \_\_\_\_\_ mm \_\_\_\_\_ aaaa \_\_\_\_\_

Presta il proprio consenso alla sospensione del finanziamento di cui è cointestatario o erede intestatario.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del/dei cointestatario/i

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma dell'intermediario finanziario per ricevuta della domanda \_\_\_\_\_

