\Spett.le

FINAFARM SPA

VIA PROVINA N. 3 – RAVINA

38123 TRENTO (TN)

**finafarm@pec.it**

E p.c (qualora il finanziamento sia assistito da fideiussioni o garanzie inserire i riferimenti- nome, indirizzo, del fideiussore e/o Garante)

Rif.: “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all’emergenza epidemiologica da Covid-19 (D.L 17 marzo 2020 “Cura Italia” G.U. 70 del 17 marzo 2020 ).

OGGETTO: Richiesta di sospensione di pagamento delle rate per il mutuo/finanziamento/leasing nr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stipulato in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un importo di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

La \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nome dell’impresa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale/operativa in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritta alla CCIAA di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al numero partita IVA/CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in persona del legale rappresentante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avendo preso visione della “Informativa alla Clientela in tema di MISURE DI FINANZA AGEVOLATA COVID-19” messa a disposizione da Finafarm S.p.A. mediante pubblicazione nel proprio sito internet ([www.finafarm.it](http://www.finafarm.it))

**CHIEDE**

Per il mutuo/finanziamento/leasing in oggetto la sospensione dell’addebito delle rate/canoni in scadenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sino al 30 settembre 2020 nella misura:

* della sola quota capitale
* dell’intera rata (quota interessi e quota capitale)

**Prende atto che:**

Finafarm si riserva di verificare le condizioni di ammissibilità previste dalla normativa di riferimento. I risultati della verifica sono comunicati tempestivamente all’impresa.

A tal fine, in esecuzione di quanto disposto dall’art. 56 del D.L 17 marzo 2020 “Cura Italia” G.U. 70 del 17 marzo 2020

Il/la sottoscritto/a nato/a a il C.F. nella sua qualità di: legale rappresentante/titolare dell’impresa come sopra definita consapevole - ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 - delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi e consapevole altresì della decadenza dai benefici concessi conseguente a dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

* di essere il/i legale/i rappresetante/i dell’impresa
* che l’impresa è una microimpresa o una piccola o media impresa ai sensi della Raccomandazione UE 6 maggio 2003, n. 2003/361/CE;
* di aver subito una temporanea carenza di liquidità quale conseguenza diretta della diffusione dell’epidemia da COVID 19.

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

Luogo e data

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

Firma del dichiarante/i