

DA RIPORTARE IN CARTA INTESTATA DELLO STUDIO

Spett.le

BANCA

Oggetto: Comunicazione/Richiesta di sospensione del pagamento delle rate di mutuo/leasing

Il sottoscritto/a ----- nato/a a il----- e residente in-----
provincia di ----- Via ----- Cod. Fiscale ----- in qualità di legale rappresentante
della Società/ditta/ Studio Odontoiatrico-----

con sede in ----- provincia di ----- Via ----- Partita Iva -----

--

in ragione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e secondo quanto previsto dall'articolo 56 del Decreto Legge 17 Marzo 2020 n. 18 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020 denominato "Misure di sostegno finanziario alle micro, piccole e medie imprese colpite dall'epidemia di COVID-19"

COMUNICA/RICHIEDE

con riferimento al mutuo/leasing n. _____ di originari euro _____
(_____), a decorrere dalle Rate in scadenza ad Aprile 2020, di volersi avvalere dell'applicazione delle misure previste dall'Art. 56 del D.L. 17/03/2020 comma 2 lettera c) secondo cui "...per i mutui e gli altri finanziamenti a rimborso rateale, anche perfezionati tramite il rilascio di cambiali agrarie, il pagamento delle rate o dei canoni di leasing in scadenza prima del 30 settembre 2020 è sospeso sino al 30 settembre 2020 e il piano di rimborso delle rate o dei canoni oggetto di sospensione è dilazionato, unitamente agli elementi accessori e senza alcuna formalità, secondo modalità che assicurino l'assenza di nuovi o maggiori oneri per entrambe le parti; è facoltà delle imprese richiedere di sospendere soltanto i rimborsi in conto capitale"



ASSOCIAZIONE ITALIANA ODOI

Italian Dental Associatio

All'uopo, il/la sottoscritto/a, consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità in atti e l'uso di atto falso sono puniti, come previsto dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara che la società/ditta/Studio Odontoiatrico _____ è titolare del/dei rapporto/i oggetto della presente richiesta di intervento.

Ai sensi della normativa da ultimo richiamata il/la sottoscritto/a

DICHIARA ALTRESI'

che la società/ditta/Studio Odontoiatrico _____ è stata interessata da una temporanea riduzione – quale conseguenza diretta della Pandemia da COVID-19 - della normale attività per effetto delle limitazioni degli scambi commerciali e dei rapporti di fornitura che ha determinato una carenza di liquidità.

Si ricorda altresì che L'art. 1, comma 821, della Legge di stabilità 2016, recita così:

*“I Piani operativi **POR e PON** del Fondo sociale europeo (**FSE**) e del Fondo europeo di sviluppo regionale (**FESR**), rientranti nella programmazione dei fondi strutturali europei 2014/2020, si intendono **estesi anche ai liberi professionisti**, in quanto equiparati alle piccole e medie imprese come esercenti attività economica, a prescindere dalla forma giuridica rivestita, [...], “*

L'occasione mi è gradita per ringraziare e porgere Cordiali Saluti.

Firma
