**N.B.: questo modulo, se non sottoscritto in presenza di un dipendente della Banca, deve essere inviato alla Banca sottoscritto e corredato di copia (fronte e retro) di un documento di identità in corso di validità, ove sia chiaramente visibile la firma del/i sottoscrittore/i.**

**RIQUADRO 1 - Solo qualora gli eventuali terzi garanti o terzi datori di ipoteca (o eredi subentrati quali cointestatari del mutuo/finanziamento) siano impossibilitati a sottoscrivere il presente modulo di sospensione del finanziamento/mutuo in conseguenza dell'evento epidemiologico da COVID 19, il presente riquadro può essere sottoscritto esclusivamente dal richiedente/i per loro nome e conto.**

Il/La sottoscritto/a (inserire nominativo del/i garante/i)_____

_____
*Cognome / Surname* *Nome / First name*

Codice Fiscale*[Fiscal Code]* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso *[Gender]* |M| - |F|

Luogo di nascita*[Place of birth]* _____

Data di nascita*[Date of birth]* |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Residente in (indirizzo)*[Residentin(Address)]* _____

Città *[City]* _____Comune *[Municipality]* _____Provincia *[District]* |__|__|

Presta il proprio consenso alla sospensione del finanziamento/mutuo, di cui è garante o terzo datore di ipoteca, acconsentendo altresì al mantenimento della garanzia per tutta la durata complessiva del finanziamento/mutuo.

Luogo e data_____

Garante/i o terzo datore di ipoteca

_____

Il mutuatario o l'intestatario del finanziamento che sottoscrive il presente riquadro (colui che subisce l'evento) dichiara sotto la propria responsabilità che il/i cointestatario/i ed eventuali terzi garanti o terzi datori di ipoteca, impossibilitato/i alla sottoscrizione della domanda, acconsente/ono alla sospensione con ampliamento della garanzia per tutta la durata del finanziamento/mutuo.

Firma del richiedente

_____

**N.B.: in caso di più soggetti garanti o eredi subentrati quali cointestatari del finanziamento/mutuo che non presentano richiesta di sospensione del finanziamento/mutuo, compilare un RIQUADRO 1 per ciascun soggetto.**

| Per Autenticità delle firme<br>(solo nel caso di raccolta del modulo in Filiale) | **CASSA DI RISPARMIO DI CENTO SPA**<br>L'incaricato (solo nel caso di raccolta del modulo in Filiale) |
|---|---|
| | |