

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Provincia di _____

Via _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

e il/la sottoscritto/a (qualora cointestatario del mutuo coobbligato/fideiussore e/o datore di ipoteca)

Cognome

Nome

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Provincia di _____

Via _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

e il/la sottoscritto/a (qualora cointestatario del mutuo coobbligato/fideiussore e/o datore di ipoteca)

Cognome

Nome

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Provincia di _____

Via _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Dichiaro/dichiarano di aver preso visione della "Informativa alla Clientela" messa a disposizione da Mediocredito Centrale S.p.A., mediante pubblicazione nel proprio sito internet (www.mcc.it)

CHIEDE/CHIEDONO

la sospensione dell'addebito sino a:

della sola quota capitale

dell'intera rata (quota interessi e quota capitale)

prevista dalla **Delibera del Consiglio dei Ministri del 9 dicembre 2024** (G.U. n. 16 del 21.1.2025) per il mutuo n. (quota capitale e interessi) concesso in data erogato per un importo di europer l'acquisto dell'immobile sito nel Comune di.....Vian.....int.....

ALLEGA/ ALLEGANO PERTANTO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- Certificato di Residenza**
- Autocertificazione del danno subito resa ai sensi del D.P.R. 445/2000**

Luogo e data,.....

Firma/e del/i richiedente/i

| | | |
|---|---|--|
| A cura dell'Ufficio Postale che trasmette | | |
| Ufficio Postale di _____ Prov. _____ | | |
| Frazionario _____ | | |
| Telefono _____ | | |
| _____ |  | _____ |
| Data | | Firma del Direttore o di un suo delegato |