# MODELLO GRATUITO MESSO A DISPOSIZIONE DAL COLLEGIO ITALIANO DELLE SOCIETA’ SCIENTIFICHE DI MEDICINA ESTETICACARTA INTESTATA

# DEL MEDICO

Comunicazione di sospensione pagamento rate

Spett.le ……….

Filiale di …………………..

E-mail PEC
………………..

*Luogo , data*

Io sottoscritto ………………………….., nella qualità di legale rappresentante della Società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-/titolare dello Studio Medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ formulo la presente ai sensi e agli effetti di quanto previsto dall’articolo 56, comma 2, lettera c), del DPCM 17/03/2020, pubblicato in G.U. n.70 del 17/03/20, serie Generale, in relazione alle esposizioni debitorie presso il Vostro Istituto di Credito e

**COMUNICO**

la **sospensione dal pagamento** di ogni rata scadente dalla data di oggi fino alla data del 30 settembre 2020 compreso, relativamente ai mutui/finanziamenti/leasing di seguito indicati:

* ……………………
* ……………………

Vi invito pertanto a **non procedere con l’addebito periodico** sul conto corrente intestato come in epigrafe, dei ratei in scadenza e a **non effettuare alcuna segnalazione** alla centrale interbancaria rischi o ad ogni altro soggetto terzo in relazione alla presente comunicazione ed ai suoi effetti.

Dichiaro di volermi avvalere inoltre della previsione contenuta nella lettera a) dell’art. sopra citato **per mantenere inalterate tutte le attuali linee di credito** da voi concesse in mio favore, nei limiti previsti dal provvedimento stesso.

Vi chiedo infine di dare tempestivo riscontro alla presente comunicazione. Cordiali saluti.

In fede : (Firma Digitale)

*Si allega:*

* + *Copia documento di identità del Legale Rappresentante;*
	+ *Autocertificazione ai sensi dell’art.47 DPR 445/2000 di Temporanea carenza di liquidità.*

**Autocertificazione per le società**

Oggetto: Autocertificazione art. 56 (Misure di sostegno finanziario alle micro, piccole e medie imprese colpite dall’epidemia di COVID-19) comma 2.
Il/La sottoscritto/a ……………………………………. nato a ……………… residente in ……………………… in qualità di legale rappresentante della società ………………………. con sede in ……………………….. Partita IVA ……………….. codice fiscale ………………………, ai sensi dell’art. 47 DPR 445/2000
Visto
• il Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18 (Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all’emergenza epidemiologica da COVID
Dichiara
• di aver subito in via temporanea carenze di liquidità quale conseguenza diretta della diffusione dell’epidemia da COVID-19
Luogo e data
Firma

**Autocertificazione per libero professionisti**

Autocertificazione art. 56 (Misure di sostegno finanziario alle micro, piccole e medie imprese colpite dall’epidemia di COVID-19) comma 2.

Il/La sottoscritto/a ……………………………………. nato a ……………… residente in ……………………… in qualità di titolare dello studio ………………………. con sede in ……………………….. Partita IVA ……………….. codice fiscale ………………………, ai sensi del decreto ….. ai sensi dell’art. 47 DPR 445/2000 ai sensi dell’art. 47 DPR 445/2000
Visto
• il Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18 (Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all’emergenza epidemiologica da COVID
Dichiara
di aver subito in via temporanea carenze di liquidità quale conseguenza diretta della diffusione dell’epidemia da COVID-19
Luogo e data
Firma