

## ISTANZA

All'Organismo per la composizione della crisi  
Commercialisti Brescia  
Via Marsala, 17  
25122 Brescia

### Istanza di ammissione al servizio di gestione della crisi di sovraindebitamento ai sensi dell'art. 15 legge 3/2012.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
codice fiscale: \_\_\_\_\_ indirizzo e- mail/PEC \_\_\_\_\_  
al quale dichiara di voler ricevere le comunicazioni inerenti la presente procedura, rappresentato e difeso  
dall'Avv. \_\_\_\_\_ con studio a \_\_\_\_\_ in  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, codice fiscale: \_\_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_ presso il quale dichiara di voler ricevere le comunicazioni  
inerenti la presente procedura,

*(Nel caso in cui l'istanza sia presentata dal titolare di ditta individuale o di piccola azienda non fallibile:)*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Rappresentante Legale/Titolare dell'azienda individuale  
Con sede in (indirizzo) \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_ e- mail  
\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ Iscrizione Camera di Commercio  
di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(sede) (cellulare) (fax)

#### **premesse**

- che quale "debitore", versa in una situazione di sovraindebitamento così come definita dall'art. 6, co. 2 della legge 27 gennaio 2012 n. 3, tale da determinare una rilevante difficoltà ad adempiere regolarmente alle proprie obbligazioni;
- che al fine di concludere un accordo con i suoi creditori, ha intenzione di avvalersi di una delle procedure di composizione della crisi disciplinate nella sezione prima della citata legge (accordo da sovraindebitamento);
- che con riferimento ai parametri di cui all'art. 1 L.F., l'istante non è assoggettabile a procedure concorsuali diverse da quelle regolate dal Capo I di cui alla L. 3/2012 e che nei precedenti cinque anni non ha fatto ricorso a procedimenti di composizione della crisi;
- che risulta pertanto necessaria l'individuazione di un Organismo di composizione della crisi, con l'ausilio del quale individuare la procedura più consona a fronteggiare la situazione di sovraindebitamento;
- che l'istante si impegna sin da ora a collaborare con l'organismo di composizione della crisi fornendo allo stesso ogni documentazione utile alla ricostruzione della sua effettiva situazione economica e patrimoniale;

tutto ciò premesso, il sottoscritto

**chiede**

di essere ammesso alle procedure di composizione della crisi da sovraindebitamento ai sensi dell'art. 15, della legge. 3/2012.

A tal fine allega:

- scheda "A" anagrafica del richiedente
- scheda "B" riepilogativa del cointestatario
- scheda "C" ulteriore cointestatario e/o fideiussore
- scheda "D" nucleo familiare
- scheda "E" spese fisse per esigenze familiari
- scheda "F" informazioni generali sui debiti
- scheda "G" descrizione passività debitore
- scheda "H" descrizione attività debitore
- scheda "I" descrizione crediti debitore
- scheda "L" domande sull'azienda
- scheda "M" situazione soggetto sovraindebitamento
- copia della C.I.

Con osservanza.

Luogo e data

Firma

Avv.

---

---



## ALLEGATO "A" ALL'ISTANZA DEL SIG./SIG.RA

### **ANAGRAFICA DEL RICHIEDENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Residenza (indirizzo) \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(abitazione) (cellulare) (studio)

Mi impegno a comunicare all' Organismo di Composizione della Crisi Commercialisti Brescia ogni cambiamento di indirizzo e dei recapiti sopra indicati.

|              |             |                          |               |                          |            |                          |
|--------------|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Stato civile | Coniugato/a | <input type="checkbox"/> | Celibe/Nubile | <input type="checkbox"/> | Vedovo/a   | <input type="checkbox"/> |
|              | Divorziato  | <input type="checkbox"/> | Convivente    | <input type="checkbox"/> | Separato/a | <input type="checkbox"/> |

|                   |    |                          |    |                          |
|-------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Comunione de beni | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Coniuge a carico  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

| Altri familiari<br>(nome e cognome) | Luogo e data di nascita | Studente                 | Lavoratore               | A carico                 |
|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                     |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                     |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                     |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### ATTIVITÀ LAVORATIVA DEL RICHIEDENTE

Attualmente svolge attività Lavorativa? SI  NO

Se "SI":

**Autonoma:**

Professione \_\_\_\_\_

Se commerciante o artigiano specificare il settore \_\_\_\_\_

Iscrizione Camera di Commercio N. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**Dipendente:**

Dirigente  Impiegato  Operaio





Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Data di assunzione \_\_\_\_\_

**In pensione:**

dall'Anno \_\_\_\_\_ Precedente attività \_\_\_\_\_

**Cassa integrato/a:**

dall'Anno \_\_\_\_\_ Settore attività \_\_\_\_\_

**Disoccupato/a:**

dal \_\_\_\_\_

Reddito mensile netto \_\_\_\_\_

Reddito annuale lordo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_



## ALLEGATO "B" ALL'ISTANZA DEL SIG./SIG.RA

### COINTESTATARIO/A – CODEBITORE

#### ANAGRAFICA DEL COINTESTATARIO/A – CODEBITORE (coniuge, convivente o altro)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Residenza (indirizzo) \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(abitazione)

(cellulare)

(studio)

Mi impegno a comunicare all' Organismo di Composizione della Crisi Commercialisti Brescia ogni cambiamento di indirizzo e dei suddetti recapiti.

|              |             |                          |               |                          |            |                          |
|--------------|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Stato civile | Coniugato/a | <input type="checkbox"/> | Celibe/Nubile | <input type="checkbox"/> | Vedovo/a   | <input type="checkbox"/> |
|              | Divorziato  | <input type="checkbox"/> | Convivente    | <input type="checkbox"/> | Separato/a | <input type="checkbox"/> |

|                   |    |                          |    |                          |
|-------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Comunione de beni | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Coniuge a carico  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

| Altri familiari<br>(nome e cognome) | Luogo e data di nascita | Studente                 | Lavoratore               | A carico                 |
|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                     |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                     |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                     |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### ATTIVITÀ LAVORATIVA DEL COINTESTATARIO – CODEBITORE

Attualmente svolge attività Lavorativa? SI  NO

Se "SI":

**Autonoma:**

Professione \_\_\_\_\_

Se commerciante o artigiano specificare il settore \_\_\_\_\_

Iscrizione Camera di Commercio N. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_



**Dipendente:**

Dirigente  Impiegato  Operaio

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Data di assunzione \_\_\_\_\_

**In pensione:**

dall'Anno \_\_\_\_\_ Precedente attività \_\_\_\_\_

**Cassa integrato/a:**

dall'Anno \_\_\_\_\_ Settore attività \_\_\_\_\_

**Disoccupato/a:**

dal \_\_\_\_\_

Reddito mensile netto \_\_\_\_\_

Reddito annuale lordo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Firma del cointestatario/a-codebitore

\_\_\_\_\_



## ALLEGATO "C" ALL'ISTANZA DEL SIG./SIG.RA

### ULTERIORE COINTESTATARIO/FIDEIUSSORE/TERZI

#### **ANAGRAFICA DI UN ULTERIORE COINTESTATARIO/FIDEIUSSORE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Residenza (indirizzo) \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(abitazione) (cellulare) (studio)

Mi impegno a comunicare all' Organismo di Composizione della Crisi Commercialisti Brescia ogni cambiamento di indirizzo e dei suddetti recapiti.

|              |             |                          |               |                          |            |                          |
|--------------|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Stato civile | Coniugato/a | <input type="checkbox"/> | Celibe/Nubile | <input type="checkbox"/> | Vedovo/a   | <input type="checkbox"/> |
|              | Divorziato  | <input type="checkbox"/> | Convivente    | <input type="checkbox"/> | Separato/a | <input type="checkbox"/> |

|                   |    |                          |    |                          |
|-------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Comunione de beni | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Coniuge a carico  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

| Altri familiari<br>(nome e cognome) | Luogo e data di nascita | Studente                 | Lavoratore               | A carico                 |
|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                     |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                     |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                     |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### **ATTIVITÀ LAVORATIVA DELL'ULTERIORE COINTESTATARIO/FIDEIUSSORE**

Attualmente svolge attività Lavorativa? SI  NO

Se "SI":

**Autonoma:**

Professione \_\_\_\_\_

Se commerciante o artigiano specificare il settore \_\_\_\_\_

Iscrizione Camera di Commercio N. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_



**Dipendente:**

Dirigente  Impiegato  Operaio

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Data di assunzione \_\_\_\_\_

**In pensione:**

dall'Anno \_\_\_\_\_ Precedente attività \_\_\_\_\_

**Cassa integrato/a:**

dall'Anno \_\_\_\_\_ Settore attività \_\_\_\_\_

**Disoccupato/a:**

dal \_\_\_\_\_

Reddito mensile netto \_\_\_\_\_

Reddito annuale lordo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Firma del cointestatario/fideiussore

\_\_\_\_\_

N.B. In caso di cointestatario non facente parte dal nucleo familiare del richiedente, l'intestatario deve presentare documentazione idonea separata con allegata documentazione.





## **ALLEGATO "D" ALL'ISTANZA DEL SIG./SIG.RA**

### **NUCLEO FAMILIARE**

Il richiedente svolge altre attività lavorative non inquadrare?      SI         NO  

Se "SI", in quale settore? \_\_\_\_\_

E con quali mansioni? \_\_\_\_\_

Quanto guadagna? \_\_\_\_\_

Altri familiari svolgono attività lavorative non inquadrare?      SI         NO  

Se "SI", in quale settore? \_\_\_\_\_

E con quali mansioni? \_\_\_\_\_

Quanto guadagnano? \_\_\_\_\_

### **RIEPILOGO REDDITI DEL NUCLEO FAMILIARE**

Richiedente \_\_\_\_\_

Coniuge/Convivente \_\_\_\_\_

Figli \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_

Totale mensile netto percepito \_\_\_\_\_ Totale annuale lordo \_\_\_\_\_

### **DATI SULL'ABITAZIONE E SUI BENI DEL NUCLEO FAMILIARE**

Il nucleo familiare vive in abitazione:

**di proprietà:**

Anno di acquisto \_\_\_\_\_ Valore dell'immobile € \_\_\_\_\_

Indirizzo completo \_\_\_\_\_

**in affitto:**

Durata del contratto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Canone mensile € \_\_\_\_\_

È in fase di sfratto?      SI         NO  

Data esecuzione \_\_\_\_\_

Indichi la tipologia della residenza del suo nucleo familiare:



Appartamento \_\_\_\_\_ superficie mq \_\_\_\_\_

Indipendente \_\_\_\_\_ superficie mq \_\_\_\_\_

Lei o il Suo nucleo familiare siete proprietari di altri immobili e terreni?

Se "Sì", dove? \_\_\_\_\_

Tipo di proprietà \_\_\_\_\_ valore \_\_\_\_\_

% di proprietà \_\_\_\_\_ ubicazione \_\_\_\_\_

Eventuali gravami (ipoteche, usufrutto...) \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

Firme

Richiedente \_\_\_\_\_

Cointestatario/i \_\_\_\_\_

Codebitore/i \_\_\_\_\_

Terzi \_\_\_\_\_





## ALLEGATO "E" ALL'ISTANZA DEL SIG./SIG.RA

### SPESE FISSE PER LE ESIGENZE FAMILIARI

Quali delle seguenti voci fanno parte dei costi fissi del suo nucleo familiare?

| A.   | MENSILE |
|--|---------|
| Vitto  | €       |
| Carburante veicoli                                 | €       |
| Abbonamenti trasporti                              | €       |
| Luce / Gas / Telefono (mensile)                    | €       |
| Affitto  | €       |
| Condominio   | €       |
| Sigarette  | €       |
| Scuola e Sport (mensa, ripetizioni)                | €       |
| Garage autoveicoli                                 | €       |
| Rata Mutuo (inizio _____ scadenza _____)           | €       |
| Rate altri finanziamenti                           | €       |
| Veicoli  | €       |
| Tempo libero                                       | €       |
| Altro  | €       |
| <b>TOT. Mensile (A)</b>                            | €       |
| B.   | ANNUALE |
| Indicare la spesa delle seguenti voci              | €       |
| Assicurazioni varie (auto, moto, casa, personali)  | €       |
| Bolli veicoli                                      | €       |
| Spazzatura   | €       |
| Vacanze  | €       |
| Scuole / Università (rette, libri, vacanze studio) | €       |
| Mediche (farmaceutiche, dentali, oculistiche)      | €       |
| <b>TOT. Annuale (B)</b>                            | €       |
| <b>TOT. MENSILE (B')*</b>                          | €       |





|                     |   |
|---------------------|---|
| TOT. MENSILE (A+B') | € |
|---------------------|---|

\* calcola facendo (B) diviso 12

### ANALISI DEL BILANCIO FAMILIARE (MENSILE)

Entrate: € \_\_\_\_\_ Uscite: € \_\_\_\_\_ Saldo attuale: € \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firme

Richiedente \_\_\_\_\_

Cointestatario/i \_\_\_\_\_

Codebitore/i \_\_\_\_\_

Terzi \_\_\_\_\_





## ALLEGATO "F" ALL'ISTANZA DEL SIG./SIG.RA

### INFORMAZIONI GENERALI SUI DEBITI

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <b>Eventuali debiti presenti in busta paga:</b>                            |  |  |  |  |
| Sono presenti delle trattenute sulle buste paga del Suo nucleo familiare?: |  | SI <input type="checkbox"/>                                    | NO <input type="checkbox"/>                |  |
| Se ha risposto "SI" indicare il numero delle trattenute                    |  |  |  |  |
| 1 <input type="checkbox"/>   | 2 <input type="checkbox"/>             | 3 <input type="checkbox"/>                                     | più di 3 <input type="checkbox"/>          |  |
| <b>Eventuali protesti:</b>   |  |  |  |  |
| Lei sa cos'è un protesto?  |  | SI <input type="checkbox"/>                                    | NO <input type="checkbox"/>                |  |
| Ha mai subito protesti?  |  | SI <input type="checkbox"/>                                    | NO <input type="checkbox"/>                |  |
| Di che tipo?   |  | Cambiario <input type="checkbox"/>                             | Assegni <input type="checkbox"/>           | Entrambi <input type="checkbox"/>      |
| Quanti?  |  | Uno <input type="checkbox"/>                                   | Più di uno <input type="checkbox"/>        | Ripetutamente <input type="checkbox"/> |
| I componenti del suo attuale nucleo familiare hanno mai subito protesti?:  |  |  |  |  |
| No, mai <input type="checkbox"/>   | Si, una volta <input type="checkbox"/> | Si, diverse volte <input type="checkbox"/>                     | Si, ripetutamente <input type="checkbox"/> |  |
| Ha / Avete estinto i debiti relativamente ai protesti?                     |  | SI <input type="checkbox"/>                                    | NO <input type="checkbox"/>                |  |
| Se ha / avete risposto "SI":   |  |  |  |  |
| Ha / Avete chiesto la riabilitazione?                                      |  | SI <input type="checkbox"/>                                    | NO <input type="checkbox"/>                |  |
| Se ha risposto "SI" allegare documentazione                                |  |  |  |  |
| <b>In caso di gestioni passate di attività commerciali:</b>                |  |  |  |  |
| Ha / Avete dichiarato il fallimento? (Ditta commerciale)                   |  | SI <input type="checkbox"/>                                    | NO <input type="checkbox"/>                |  |
| <b>Rapporti con i creditori:</b>   |  |  |  |  |
| Come sono i rapporti con i suoi / vostri creditori?:                       |  |  |  |  |
| Buoni <input type="checkbox"/>   | Normali <input type="checkbox"/>       | Tesi <input type="checkbox"/>                                  |  |  |
| Ci sono azioni in corso per il recupero dei crediti?                       |  | SI <input type="checkbox"/>                                    | NO <input type="checkbox"/>                |  |
| Se ha risposto "SI" indicare il tipo di azione intrapresa dal creditore:   |  |  |  |  |
| Recupero attraverso Società di recupero crediti <input type="checkbox"/>   |  | Decreto ingiuntivo <input type="checkbox"/>                    |  |  |
| Atto di pignoramento immobiliare <input type="checkbox"/>                  |  | Atto di pignoramento della busta paga <input type="checkbox"/> |  |  |

Data \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_

Richiedente \_\_\_\_\_

Cointestatario/i Codebitore/i Terzi \_\_\_\_\_





## DEBITI VERSO LE BANCHE

INDICARE SE PRESENTI IL MUTUO E/O LE TRATTENUTE IN BUSTA PAGA

Istituto \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Acceso il \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_ Nr. Conto \_\_\_\_\_ Importo iniziale € \_\_\_\_\_

Tasso interessi \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_ Nr. Rate \_\_\_\_\_ Nr. Rate residue \_\_\_\_\_

Nr. Rate arretrate \_\_\_\_\_ Importo mensile rata € \_\_\_\_\_ Residuo debito \_\_\_\_\_

Ci sono procedure in corso?                      SI       NO

Se "Si", di che tipo? \_\_\_\_\_

Da quando è stato interrotto il pagamento regolare delle rate? \_\_\_\_\_

Totale mensile importo rate € \_\_\_\_\_

Totale importo debito € \_\_\_\_\_

**SE LE BANCHE CREDITRICI SONO PIU' DI UNA COMPILARE UNA SCHEDA PER BANCA**

Data \_\_\_\_\_

Firme

Richiedente \_\_\_\_\_

Cointestatario/i \_\_\_\_\_

Codebitore/i \_\_\_\_\_

Terzi \_\_\_\_\_



## DEBITI VERSO LE FINANZIARIE

INDICARE SE PRESENTI LE TRATTENUTE IN BUSTA PAGA

Società \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Accesso il \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_ Nr. Conto \_\_\_\_\_ Importo iniziale € \_\_\_\_\_

Tasso interessi \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_ Nr. Rate \_\_\_\_\_ Nr. Rate residue \_\_\_\_\_

Nr. Rate arretrate \_\_\_\_\_ Importo mensile rata € \_\_\_\_\_ Residuo debito \_\_\_\_\_

Ci sono procedure in corso? SI  NO

Se "Si", di che tipo? \_\_\_\_\_

Da quando è stato interrotto il pagamento regolare delle rate? \_\_\_\_\_

Totale mensile importo rate € \_\_\_\_\_

Totale importo debito € \_\_\_\_\_

SE GLI ISTITUTI FINANZIARI CREDITORI SONO PIU' DI UNO COMPILARE UNA SCHEDA PER ISTITUTO

Data \_\_\_\_\_

Firme

Richiedente \_\_\_\_\_

Cointestatario/i \_\_\_\_\_

Codebitore/i \_\_\_\_\_

Terzi \_\_\_\_\_



## INFORMAZIONI COMPLEMENTARI

Si è rivolto ad altre Società, Associazioni o Fondazioni per chiedere un prestito? SI  NO

Se "SI", indichi quale e quanto (specificare l'anno) \_\_\_\_\_

La sua domanda è stata accolta? SI  NO

Se non è stata accolta indichi i motivi \_\_\_\_\_

Mancata capacità reddituale (capacità di rimborso)

Alto indebitamento complessivo

Altri motivi

## ALTRI DEBITI

Creditore \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo del creditore \_\_\_\_\_

Acceso il \_\_\_\_\_ Importo iniziale € \_\_\_\_\_ Tasso interesse \_\_\_\_\_

Importo totale versato € \_\_\_\_\_ Residuo debito € \_\_\_\_\_

Importo mensile rata € \_\_\_\_\_

Da quando è stato interrotto il pagamento regolare delle rate? \_\_\_\_\_

In merito ai predetti debiti vi sono procedure in corso? SI NO

Se ha/avete risposto "SI": che tipo di procedure sono in corso? \_\_\_\_\_

Totale mensile importo rate € \_\_\_\_\_

Totale importo debito € \_\_\_\_\_

## COMPILARE UNA SCHEDA PER CREDITORE

Data \_\_\_\_\_

Firme

Richiedente \_\_\_\_\_

Cointestatario/i \_\_\_\_\_

Codebitore/i \_\_\_\_\_

Terzi \_\_\_\_\_





## RIEPILOGO DEI DEBITI

Indichi il totale dei suoi debiti in corso (importi in migliaia di euro):

Inferiore a    5     10     15     20     30     40     50   
                  55     60     70     80     90     100  oltre

|   |                                   |                     |
|---|-----------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Con le banche                | Per l'importo residuo totale di € | Debito contratto il |
| <input type="checkbox"/> Con le società finanziarie   | Per l'importo residuo totale di € | Debito contratto il |
| <input type="checkbox"/> Usurai                       | Per l'importo residuo totale di € | Debito contratto il |
| <input type="checkbox"/> Con il datore di lavoro      | Per l'importo residuo totale di € | Debito contratto il |
| <input type="checkbox"/> Con i familiari/parenti      | Per l'importo residuo totale di € | Debito contratto il |
| <input type="checkbox"/> Con amici e conoscenti       | Per l'importo residuo totale di € | Debito contratto il |
| <input type="checkbox"/> Debiti con fornitori         | Per l'importo residuo totale di € | Debito contratto il |
| <input type="checkbox"/> Tasse e imposte varie        | Per l'importo residuo totale di € | Debito contratto il |
| <input type="checkbox"/> Contributi INPS              | Per l'importo residuo totale di € | Debito contratto il |
| <input type="checkbox"/> Affitti                      | Per l'importo residuo totale di € | Debito contratto il |
| <input type="checkbox"/> Bollette luce, gas, telefono | Per l'importo residuo totale di € | Debito contratto il |
| <b>Totale debito</b>                                  | <b>€</b>                          |                     |

Indichi per quali motivi sono stati richiesti:

**Abitazione:**

Acquisto     Costruzione     Ristrutturazione     Arredamento

**Esigenze familiari:**

Abitazione figli     Cerimonie figli     Studio figli     Auto/Motocicli     Vacanze



**Auto propria:**

Acquisto in contanti  Acquisto in contanti più rate  Nuova  Usata

Marca \_\_\_\_\_ Cilindrata \_\_\_\_\_

Modello \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

**Spese mediche:**

Chirurgiche  Dentali  Per terapie  Lunga malattia

Medicina preventiva  Proprie  Nucleo familiare

Altre cause di spese: \_\_\_\_\_

**Attività lavorativa:**

Attrezzature  Mobili  Macchinari  Utensili  Veicoli

**Copertura altri debiti:**

Banche  Soc. Finanziarie  Datore di lavoro  Familiare/Parenti  Amici/Conoscenti

Data \_\_\_\_\_

Firme

Richiedente \_\_\_\_\_

Cointestatario/i \_\_\_\_\_

Codebitore/i \_\_\_\_\_

Terzi \_\_\_\_\_



## **ALLEGATO "G" ALL'ISTANZA DEL SIG./SIG.RA**

### **DESCRIZIONE PASSIVITA' DEL DEBITORE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 Dicembre 200, n.445, sotto la propria responsabilità, dichiara che a tutt'oggi nei confronti dei seguenti soggetti risulta la seguente situazione debitoria:

| <b>SOGGETTI</b>  | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Agenzia delle entrate</b><br>Debiti d'imposta<br>Sanzioni Tributarie<br>Eccedenze (ad es. assegno familiare ricevuto ingiustamente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Assicurazioni</b><br>Premio assicurativo<br>Diritti di regresso   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Avvocati</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Banche</b><br>Conto corrente bancario<br>Fidi, crediti, prestiti<br>Carta bancomato o carta di credito<br>Fideiussioni<br>Mutui     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Beneficiario/i assegno di mantenimento (alimenti)</b><br>Figli<br>Ex moglie/marito  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Case editrici</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Cause pendenti (esistenza)</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Camera di Commercio (diritto annuale)</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Commercialisti e fiscalisti</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Comuni</b><br>Bollo auto<br>IMU<br>Retta per la scuola materna<br>Tasse per le acque di scarico<br>Tassa rifiuti                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



| SOGGETTI  | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Creditori privati</b><br>Parenti/conoscenti  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Datori di lavoro</b><br>Anticipo sullo stipendio<br>Mutuo aziendale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ditta di vendita per corrispondenza,<br/>vendita su catalogo</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Fideiussore/i</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Fornitori vari</b><br>Acquisto merci<br>Arretrati nelle bollette per il consumo di<br>elettricità, gas, riscaldamento, acqua, ecc... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>INPS</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Medici</b><br>es. dentista   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Mutue sanitarie integrative</b><br>es. C.a.m.p.a.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Locatori</b><br>Affitto arretrato appartamento attuale<br>Affitto arretrato appartamento precedente<br>Spese condominiali            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ospedali</b><br>Ticket   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Polizia stradale</b><br>Sanzioni-ammende   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Servizio di riscossione</b><br>Imposte<br>Tasse<br>Diritti<br>Sanzioni   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Società finanziarie</b><br>Prestiti<br>Carte di credito<br>Società di leasing  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Telefono</b><br>Telefono fisso<br>Cellulare<br>Spese internet  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Televisione</b><br>Canone annuo Rai<br>Società televisiva via cavo (ad. Es. Sky)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Tribunale</b><br>Sanzioni  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





| SOGGETTI                  | SI                       | NO                       |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Spese giudiziali          |                          |                          |
| <b>Varie</b>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commercio al minuto       |                          |                          |
| Centro fitness            |                          |                          |
| INAIL                     |                          |                          |
| Fornitori vari            |                          |                          |
| Mobilificio               |                          |                          |
| Mediazione con il partner |                          |                          |
| Risarcimento danni        |                          |                          |
| Altro                     |                          |                          |

Data \_\_\_\_\_

Firme

Richiedente \_\_\_\_\_

Cointestatario/i \_\_\_\_\_

Codebitore/i \_\_\_\_\_

Terzi \_\_\_\_\_





## ALLEGATO "H" ALL'ISTANZA DEL SIG./SIG.RA

### RIEPILOGO DELLA SITUAZIONE CREDITORIA E DELL'ATTIVO DEL DEBITORE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 Dicembre 200, n.445, sotto la propria responsabilità, dichiara che a tutt'oggi nei confronti dei seguenti Enti/clienti risulta la seguente situazione creditoria e dell'attivo:

|   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Agenzia delle entrate</b><br>Rimborsi Irpef<br>Crediti per imposte varie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Assicurazioni</b><br>Risarcimenti da sinistri  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Autoveicoli di proprietà</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Banche</b><br>Conto corrente bancario<br>Carte credito prepagate   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Debitori privati</b><br>Parenti/Conoscenti   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Depositi cauzionali</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Partecipazioni societarie</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Clienti vari</b><br>Acquisto merci<br>Arretrati nelle bollette per il consumo di<br>elettricità, gas, riscaldamento, acqua, ecc... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Immobili di proprietà</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Intervento Terzi</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Data \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_

Richiedente \_\_\_\_\_

Cointestatario/i - Codebitore/i \_\_\_\_\_

Terzi \_\_\_\_\_



## ALLEGATO "I" ALL'ISTANZA DEL SIG./SIG.RA

### CREDITI E ATTIVO - DETTAGLIO

Attualmente è intestatario o cointestatario di:

|  |                  |
|--|------------------|
| Conto corrente bancario <input type="checkbox"/>   | Importo €        |
| Libretto di risparmio bancario <input type="checkbox"/>  | Importo €        |
| Conto corrente postale <input type="checkbox"/>  | Importo €        |
| Libretto di risparmio postale <input type="checkbox"/>   | Importo €        |
| Altro <input type="checkbox"/>   | Importo €        |
| Ha risparmi? Se "SI", specificare natura, importo depositato e eventuali possibilità d'incasso<br>_____<br>_____ | Importo €        |
| <b>TOTALE CREDITI FINANZIARI</b>   | <b>Importo €</b> |

Ha contratto polizze assicurative? SI  NO   
(escluse polizze veicoli)

Se "SI", sono attualmente in essere? SI  NO   
Quali ha scelto tra queste?

Polizza medico/sanitaria       Polizza vita/infurtuni (beneficiari gli eredi)

Polizza vita/Infurtuni (beneficiarie altre persone diverse dagli eredi)       Sull'abitazione di proprietà

Altre (specificare) \_\_\_\_\_

Attualmente vanta altri crediti? SI  NO

Se "SI", specificare:

| Soggetto debitore | Possibilità di incasso  | Importi         |
|-------------------|---|-----------------|
|                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>Se "SI", quando? | €               |
|                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>Se "SI", quando? | €               |
|                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>Se "SI", quando? | €               |
|                   |   | <b>Totale €</b> |





|                                |   |
|--------------------------------|---|
| TOTALE COMPLESSIVO DEI CREDITI | € |
|--------------------------------|---|

I predetti crediti sono stati oggetto di pignoramenti?    SI     NO

Se ha/avete risposto "SI":

Da parte di chi? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

N.B. Gli scriventi assumono tutte le responsabilità in merito alla veridicità dei dati forniti.

Data \_\_\_\_\_

Firme

Richiedente \_\_\_\_\_

Cointestatario/i \_\_\_\_\_

Codebitore/i \_\_\_\_\_

Terzi \_\_\_\_\_







## ALLEGATO "L" ALL'ISTANZA DEL SIG./SIG.RA

### DOMANDE SULL'AZIENDA (campi obbligatori):

|   |   |
|---|---|
| 1. In che forma opera la Sua attività?  | <input type="checkbox"/> Ditta individuale<br><input type="checkbox"/> S.p.A.<br><input type="checkbox"/> S.a.s.<br><input type="checkbox"/> Società cooperativa<br><input type="checkbox"/> S.r.l.<br><input type="checkbox"/> S.n.c.<br><input type="checkbox"/> Altro  |
| 2. A quale categoria lavorativa appartiene?   | <input type="checkbox"/> Agricoltura<br><input type="checkbox"/> Artigianato<br><input type="checkbox"/> Commercio<br><input type="checkbox"/> Industria  |
| 3. In quale settore lavorativo opera la Sua azienda?  | <hr/> <hr/> <hr/>   |
| 4. In quale area geografica esercita la propria attività lavorativa?                                | <input type="checkbox"/> Capoluogo<br><input type="checkbox"/> C.d. "bassa bresciana"<br><input type="checkbox"/> Franciacorta e Lago d'Iseo<br><input type="checkbox"/> Val Trompia<br><input type="checkbox"/> Valle Camonica<br><input type="checkbox"/> Lago di Garda |
| 5. Quanti dipendenti ha la Sua attività?  | <input type="checkbox"/> Meno di 15<br><input type="checkbox"/> Da 15 a 50<br><input type="checkbox"/> Da 50 a 100<br><input type="checkbox"/> Oltre 100  |
| 6. Hai mai avuto difficoltà nell'accesso al credito?  | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input checked="" type="checkbox"/> NO  |
| 7. Ha crediti non incassati o scaduti verso la Pubblica Amministrazione? Se "SI", specificare ente: | <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO   |

### ALTRE DOMANDE:

1. Che fatturato ha la sua azienda/attività alla data dell'ultimo bilancio?

- Fino a € 100.000,00
- Da € 100.000,00 a € 500.000,00
- Da € 500.000,00 a 1.000.000,00
- Oltre € 1.000.000,00





2. Degli ultimi 3 bilanci di esercizio 2 risultano in utile?

- SI  
 NO

3. Per i prestiti ottenuti da soggetti non autorizzati che tasso d'interesse ha dovuto pagare?

---

---

---

4. Che forme di garanzia ha fornito per tali prestiti?

---

---

---

5. Come sono concordate le restituzioni delle somme ricevute in prestito?

---

---

---

6. Ha attualmente una situazione di esposizione debitoria nei confronti di istituti di credito?

- SI  NO

7. Ha in corso procedure concorsuali?

- SI  NO

8. Ha procedure di pignoramento in corso?

- SI  NO

9. Ha i beni ipotecati?

- SI  NO



**ALLEGATO "M" ALL'ISTANZA DEL SIG./SIG.RA**

**RACCOLTA DATI SITUAZIONE DEL SOVRAINDEBITAMENTO**

Richiedente: \_\_\_\_\_

TITOLARE  / AMMINISTRATORE  / SOCIO  / FIDEIUSSORE/I

\_\_\_\_\_

SOCIO/I NON FIDEIUSSORE/I \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cointestatario/i \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Luogo e data di presentazione: \_\_\_\_\_

