

MODULO DI RICHIESTA DI RILASCIO FIDEIUSSIONE
**Spett.le
 Fidimed soc. coop.p.a.**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Residente in _____ prov. _____

Via _____ CAP _____

Codice fiscale _____

In qualità di titolare/legale rappresentante della ditta/società:

Costituita il/...../..... Data inizio attività/...../.....

Codice fiscale _____ P.IVA _____

Iscritta alla CCIAA in data/...../..... Provincia _____ R.E.A. _____

Sede Legale nel Comune di: _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via/piazza: _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax _____ e-mail _____

P.E.C. _____ web _____

 Settore: Agricoltura Artigianato Commercio Industria Pesca Professionisti Servizi

Codice ATECO 2007 _____

Descrizione Attività effettiva

Chiede

Il rilascio della fideiussione nei confronti di:

Beneficiario	P.Iva	Validità/durata	Importo

Data _____

Timbro e Firma _____

La fideiussione è finalizzata a:

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Elenco soci	% partecipazione	Elenco soci	% partecipazione
.....
.....
.....

Partecipazioni in altre aziende: Si No

Ragione Sociale Cap Sociale: quota % Fatturato ultimo esercizio.....
Ragione Sociale Cap Sociale: quota % Fatturato ultimo esercizio.....

Immobili di proprietà:

Descrizione: Comune: Valore (€): Gravami (€):
Descrizione: Comune: Valore (€): Gravami (€):
Descrizione: Comune: Valore (€): Gravami (€):

Immobili con contratto di locazione finanziaria:

Descrizione: Comune: Canone mens. (€): Scadenza:
Descrizione: Comune: Canone mens. (€): Scadenza:
Descrizione: Comune: Canone mens. (€): Scadenza:

Immobili con contratto di locazione:

Descrizione: Comune: Canone mens. (€): Scadenza:
Descrizione: Comune: Canone mens. (€): Scadenza:
Descrizione: Comune: Canone mens. (€): Scadenza:

(Dati riferiti agli ultimi tre anni)

ESERCIZIO.....: Fatturato (€): N. dipendenti: Di cui: operai..... Impiegati..... Dirigenti.....
ESERCIZIO.....: Fatturato (€): N. dipendenti: Di cui: operai..... Impiegati..... Dirigenti.....
ESERCIZIO.....: Fatturato (€): N. dipendenti: Di cui: operai..... Impiegati..... Dirigenti.....

Gli ultimi due bilanci sono redatti in forma: Ordinaria Semplificata
Mercato di riferimento: Provinciale Regionale Nazionale Estero
Mercato prevalente: Dettaglio Ingrosso Commesse

Consulente* dell'azienda e relativi recapiti: _____

*il suddetto consulente è autorizzato/delegato a ricevere informazioni per conto della ditta/società -

Data _____

Timbro e Firma _____

RAPPORTI CON IL SISTEMA CREDITIZIO ALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE DELLA RICHIESTA

Banca 1:	Accordato	Utilizzato
A revoca (scoperti di c/c,ecc.)		
Autoliquidanti (sconto fatture, anticipi POS, ecc.)		
Totale		
Fideiussioni prestate		
Banca 2:	Accordato	Utilizzato
A revoca (scoperti di c/c,ecc.)		
Autoliquidanti (sconto fatture, anticipi POS, ecc.)		
Totale		
Fideiussioni prestate		
Banca 3:	Accordato	Utilizzato
A revoca (scoperti di c/c,ecc.)		
Autoliquidanti (sconto fatture, anticipi POS, ecc.)		
Totale		
Fideiussioni prestate		
Banca 4:	Accordato	Utilizzato
A revoca (scoperti di c/c,ecc.)		
Autoliquidanti (sconto fatture, anticipi POS, ecc.)		
Totale		
Fideiussioni prestate		
Banca 5:	Accordato	Utilizzato
A revoca (scoperti di c/c,ecc.)		
Autoliquidanti (sconto fatture, anticipi POS, ecc.)		
Totale		
Fideiussioni prestate		
Banca 6:	Accordato	Utilizzato
A revoca (scoperti di c/c,ecc.)		
Autoliquidanti (sconto fatture, anticipi POS, ecc.)		
Totale		
Fideiussioni prestate		

MUTUI

Banca	Forma tecnica	Importo originario	Residuo	Importo rata	Frequenza rata	Data Scadenza

LEASING

Società	Bene	Residuo	Rata Mensile	Scadenza

ALTRE FORME

Banca/Società	Forma tecnica	Importo originario	Residuo	Importo rata	Frequenza rata	Scadenza

Data _____

Timbro e Firma _____

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con riferimento all'informativa fornita da Fidimed ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (vedi "Allegato 1/d – Informativa alla clientela sul trattamento dei dati personali) e consapevole di poter in qualunque momento modificare la decisione con immediatezza e semplicità, al solo scopo del perseguimento delle finalità che sono strettamente connesse e/o strumentali al rapporto che intende concludere o che ha in essere con Fidimed, il Richiedente per quanto riguarda:

- la comunicazione dei dati personali, per finalità relative allo svolgimento di attività strettamente connesse e/o strumentali alla gestione dei rapporti con i soci o con la clientela ovvero con altre controparti anche Istituzionali, alle categorie di soggetti esplicitate nell'informativa.
 Presta il consenso Nega il consenso
- il trasferimento degli stessi dati personali all'estero, come indicato nell'informativa,
 Presta il consenso Nega il consenso
- il trattamento dei dati da parte di CRIF S.p.A. e la lettura degli stessi ai fini di prevenzione dei rischi d'insolvenza e del recupero dei crediti
 Presta il consenso Nega il consenso

Sono consapevole che in mancanza del consenso, la Banca e/o il Confidi non potrà dar corso a quelle operazioni o attività per le quali il trattamento, la comunicazione o il trasferimento all'estero dei predetti dati siano strettamente connesse e/o strumentali.

Data _____

Timbro e Firma _____

Inoltre, per quanto riguarda:

- il trattamento, da parte del Confidi, e la comunicazione a terzi dei medesimi dati personali per l'invio di informazioni commerciali, la partecipazione a ricerche di mercato, l'invio di materiale pubblicitario, l'invio di inviti ad eventi promozionali (attività connesse all'operatività del Confidi)
 Presta il consenso Nega il consenso

Data _____

Timbro e Firma _____

SEZIONE RISERVATA AD FIDIMED

Autentica firme e conferma identificazione

Dichiaro sotto la mia responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 231/07 e delle relative disposizioni integrative, modificative e di attuazione, che:

- **le firme sul presente modulo di richiesta e sugli allegati:**
 sono state apposte personalmente ed in mia presenza dal Richiedente
 non sono state apposte in mia presenza in quanto ricevuto per corrispondenza
- **L'identificazione e la verifica dell'identità del cliente e del titolare effettivo è stata svolta:**
 in presenza del cliente ai sensi dell'art.28 comma 2 lettera a)
 ai sensi dell'art. 28 comma 3 lettera a) ai sensi dell'art. 30 comma 3 o 3 bis

E in ogni caso con il documento di riconoscimento.....n.....
rilasciato da..... il.....esibito in originale ed allegato in copia alla presente richiesta.

Luogo e data

L'incaricato di Fidimed

Firma