



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

RICHIESTA PRESTAZIONE DI GARANZIA

DATI LEGALE RAPPRESENTANTE/I

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____
a _____ provincia _____
Codice Fiscale _____
residente _____ in provincia _____
alla Via _____
in qualità di _____

(compilare in caso di firma congiunta)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____
a _____ provincia _____
Codice Fiscale _____
residente _____ in provincia _____
alla Via _____
in qualità di _____

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____
a _____ provincia _____
Codice Fiscale _____
residente _____ in provincia _____
alla Via _____
in qualità di _____

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

DATI AZIENDA

Denominazione azienda _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

con sede legale in _____ provincia _____

alla Via _____

recapito postale in _____ provincia _____

alla Via _____

esercente l'attività di _____

numero dipendenti iscritti a libro paga _____

Codice ISTAT/ATECO _____

telefono _____

fax _____

cellulare _____

PEC _____

e-mail _____

sito internet _____

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

**CHIEDE IL RILASCIO DI GARANZIA PER LA/LE SEGUENTE/I OPERAZIONI
CHE SARANNO REGOLATI PRESSO L'ISTITUTO DI CREDITO INDICATO**

BANCA D'APPOGGIO _____

FILIALE _____

1) RICHIESTA

Forma tecnica _____

Importo € _____

Durata in mesi _____

Periodicità rata _____

Finalità

2) RICHIESTA

Forma tecnica _____

Importo € _____

Durata in mesi _____

Periodicità rata _____

Finalità

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



3) RICHIESTA

Forma tecnica _____

Importo € _____

Durata in mesi _____

Periodicità rata _____

Finalità _____

4) RICHIESTA

Forma tecnica _____

Importo € _____

Durata in mesi _____

Periodicità rata _____

Finalità _____

ULTERIORI GARANZIE *(il dettaglio delle garanzie va indicato rispettivamente negli allegati B-C)*

nessuna

<input type="checkbox"/> garanzie reali	Indicare la tipologia di garanzia (ad esempio: ipoteca su beni immobili, pegno su titoli, etc.)	
<input type="checkbox"/> garanzie personali	Nome Cognome/Denominazione azienda	Codice Fiscale/Partiva IVA



CONSORZIO FIDI SANITARIO

LOCALI IN CUI VIENE SVOLTA L'ATTIVITÀ

I locali in cui viene svolta l'attività sono:

di proprietà

Valore €. _____ **Ipoteca:** sì no **Mutuo ipotecario residuo €.** _____

in leasing

Valore €. _____ **Canone €.** _____ **Debito residuo €.** _____

in affitto

Canone mensile €. _____

disponibili ad uso gratuito

Per i soli titolari di ditta individuale:

Abitazione principale: di proprietà **Ipoteca:** sì no

in affitto **Canone mensile €.** _____

Altro (*specificare*) _____

INDICAZIONI SULLA CLIENTELA

Composizione della clientela:

• La clientela italiana è composta da una percentuale pari al _____%,

di cui il _____% è composto da privati, il _____% da ditte e il _____% da enti.

• La clientela estera è composta da una percentuale pari al _____%,

di cui il _____% è composto da privati, il _____% da ditte e il _____% da enti.

Numero dei clienti:

Un solo cliente (*indicare il nominativo*) _____

da 2 a 5 clienti

da 6 a 10 clienti

oltre 10 clienti

Più del 50% del fatturato deriva da un solo cliente? sì no

Garanzia collettiva dei fidi

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO

Altre informazioni:

Clienti: giorni medi di incasso Anno attuale _____ Anno precedente _____

Fornitori: giorni medi di pagamento Anno attuale _____ Anno precedente _____

POSIZIONE PREVIDENZIALE, IMPOSTE E TASSE

L'impresa per quanto attiene alla regolarità presenta la/le seguente/i posizione previdenziale, imposte e tasse:

Enti previdenziali:

in regola sì no

arretrati €. _____

rateizzati sì no

(In caso di concessa rateizzazione allegare copia del piano)

Imposte e tasse:

in regola sì no

arretrati €. _____

rateizzati sì no

(In caso di concessa rateizzazione allegare copia del piano)

Altre informazioni

L'impresa ha in corso accertamenti tributari e/o previdenziali *(in tal caso allegare specifica dell'accertamento)*

L'impresa non ha in corso accertamenti tributari e/o previdenziali

Documenti da allegare, timbrati e firmati, alla richiesta di prestazione di garanzia:

- Allegato A - Posizioni bancarie a carico dell'impresa o del titolare di ditta individuale
- Allegato B - Descrizione degli immobili di proprietà dell'impresa o del titolare di ditta individuale
- Allegato C - Dettaglio garanti

DICHIARA

- che l'operazione/i di cui alla presente richiesta è/sono attuata/e nell'esclusivo interesse del richiedente medesimo, pertanto quest'ultimo è il beneficiario esclusivo della garanzia richiesta al Consorzio Fidi Sanitario;

Garanzia collettiva dei fidi

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



- che tutte le notizie, i dati e gli importi riportati nel presente modulo, nei documenti ad esso allegati, e nella documentazione a supporto della presente richiesta, corrispondono a verità. Ogni eventuale variazione sostanziale della situazione finanziaria, patrimoniale ed economica del richiedente dovrà immediatamente comunicata alla Banca sopra indicata, ed al Consorzio Fidi Sanitario, con relativa documentazione;
- di autorizzare sin d'ora la Banca a fornire al Consorzio Fidi Sanitario ogni documento, informazione, dato o notizia di carattere personale, economico, finanziario e/o patrimoniale concernenti il richiedente stesso, i suoi fideiussori e/o i soggetti che rispondono per le sue obbligazioni e che siano comunque rilevanti ai fini della garanzia;
- di consentire in qualsiasi momento il controllo da parte del Consorzio Fidi Sanitario dell'ammontare e dell'utilizzo di tutti i propri fidi convenzionati e non, in essere presso il Sistema bancario;
- di essere a conoscenza di poter richiedere l'intervento del Fondo di Garanzia, essendo il Consorzio Fidi Sanitario con esso convenzionato (in caso di richiesta il Consorzio Fidi Sanitario valuterà l'ammissibilità all'intervento di garanzia), e di impegnarsi, nel caso di intervento di Controgaranzia/cogaranzia/riassicurazione, nei confronti del o altro Ente, a fornire le informazioni e l'assistenza che potranno da questi essere richieste;
- di essere a conoscenza delle norme dello Statuto Sociale del Consorzio Fidi Sanitario e della Convenzione in essere tra il Consorzio Fidi Sanitario e la Banca;
- che permangono, in capo all'impresa, i requisiti dimensionali previsti dallo statuto;
- di autorizzare la Banca (secondo quanto stabilito dallo Statuto di Consorzio Fidi Sanitario, dalle convenzioni tra Consorzio Fidi Sanitario e Banca e dal contratto di garanzia), a decurtare dall'importo del finanziamento effettivamente concesso e versare nel conto intestato al Consorzio Fidi Sanitario, le somme necessarie per il pagamento delle competenze dovute al Consorzio Fidi Sanitario;



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

- di essere a conoscenza che il Consorzio Fidi Sanitario è legittimato a pretendere gli interessi nella misura stabilita dal contratto di finanziamento bancario;
- di essere a conoscenza che la garanzia richiesta si configura come della fattispecie “*autonomo di garanzia*”, è valida esclusivamente qualora non sia nulla o annullabile l’obbligazione principale di cui la stessa fa riferimento. La garanzia non copre le altre esposizioni del cliente, sia precedenti che successive;
- di essere a conoscenza che in caso di inadempienza, il Consorzio Fidi Sanitario potrà promuovere le opportune azioni legali per il recupero coattivo dei crediti accertati nei confronti del Socio e dei suoi eventuali garanti, contratti nel corso del rapporto;
- che nei confronti dell’impresa richiedente non sussistono cause di decadenza, sospensione o divieto di cui all’art.10 della L.575/1965 e di tentativi d’infiltrazione mafiosa di cui all’art.4 del D.Lgs.490/1994.

Nome e cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ alla Via _____

Codice Fiscale _____

Nella qualità di _____

Della _____

Con sede in _____ alla Via _____

Partita IVA _____

Luogo e data, _____

Firma _____

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D’Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

ALLEGATO A

**POSIZIONI BANCARIE A CARICO DELL'IMPRESA o del TITOLARE DI DITTA
INDIVIDUALE**

Posizione n.1

Banca/Società Finanziaria _____

Filiale _____

Forma Tecnica _____

Importo Iniziale € _____

Periodicità rata (mensile, trim. etc.) _____

Importo rata € _____

Debito Residuo/Utilizzo € _____

Data Scadenza _____

Garanzie Prestate _____

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita
IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

Posizione n.2

Banca/Società Finanziaria _____

Filiale _____

Forma Tecnica _____

Importo Iniziale € _____

Periodicità rata (mensile, trim. etc.) _____

Importo rata € _____

Debito Residuo/Utilizzo € _____

Data Scadenza _____

Garanzie Prestate _____

Posizione n.3

Banca/Società Finanziaria _____

Filiale _____

Forma Tecnica _____

Importo Iniziale € _____

Periodicità rata (mensile, trim. etc.) _____

Importo rata € _____

Debito Residuo/Utilizzo € _____

Data Scadenza _____

Garanzie Prestate _____

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

Posizione n.4

Banca/Società Finanziaria _____

Filiale _____

Forma Tecnica _____

Importo Iniziale € _____

Periodicità rata (mensile, trim. etc.) _____

Importo rata € _____

Debito Residuo/Utilizzo € _____

Data Scadenza _____

Garanzie Prestate _____

Luogo e data, _____

Timbro e firma/e _____

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

ALLEGATO B

**DESCRIZIONE DEGLI IMMOBILI DI PROPRIETA' DELL'IMPRESA
O DEL TITOLARE DI DITTA INDIVIDUALE**

IMMOBILE N.1

1. Descrizione immobile _____

Mq _____

Indirizzo _____

Valore € _____

2. Nominativo eventuale cointestatario _____

% di proprietà _____

Luogo e data di nascita cointestatario _____

Residenza cointestatario _____

3. Vincolo immobiliare: a favore di _____

IMMOBILE N.2

1. Descrizione immobile _____

Mq _____

Indirizzo _____

Valore € _____

2. Nominativo eventuale cointestatario _____

% di proprietà _____

Luogo e data di nascita cointestatario _____

Residenza cointestatario _____

3. Vincolo immobiliare: a favore di _____

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

IMMOBILE N.3

1. Descrizione immobile _____

Mq _____

Indirizzo _____

Valore € _____

2. Nominativo eventuale cointestatario _____

% di proprietà _____

Luogo e data di nascita cointestatario _____

Residenza cointestatario _____

3. Vincolo immobiliare: a favore di _____

IMMOBILE N.4

1. Descrizione immobile _____

Mq _____

Indirizzo _____

Valore € _____

2. Nominativo eventuale cointestatario _____

% di proprietà _____

Luogo e data di nascita cointestatario _____

Residenza cointestatario _____

3. Vincolo immobiliare: a favore di _____

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

IMMOBILE N.5

1. Descrizione immobile _____

Mq _____

Indirizzo _____

Valore € _____

2. Nominativo eventuale cointestatario _____

% di proprietà _____

Luogo e data di nascita cointestatario _____

Residenza cointestatario _____

3. Vincolo immobiliare: a favore di _____

Luogo e data, _____ Timbro e firma/e _____

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

ALLEGATO C

DETTAGLIO GARANTI

DATI ANAGRAFICI DEL GARANTE

Cognome e Nome/Denominazione Azienda _____

Codice fiscale _____

Partiva IVA _____

Luogo e data di nascita (solo se persona fisica) _____

Residenza/sede legale _____ **Provincia** _____

Via _____

Telefono _____ **Fax** _____

Cellulare _____

E-mail _____

Professione/attività svolta _____

Redditi da lavoro-pensione/fatturato ultimo anno € _____

altri redditi € _____

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

PROPRIETÀ IMMOBILIARI DEL GARANTE

IMMOBILE N.1

1. Descrizione immobile _____

Mq _____

% proprietà _____

Indirizzo _____

Valore € _____

2. Nominativo eventuale cointestatario _____

% di proprietà _____

Luogo e data di nascita cointestatario _____

Residenza cointestatario _____

3. Vincolo immobiliare: a favore di _____

Importo iniziale € _____

Debito residuo € _____

Importo iscrizione € _____

Scadenza _____

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

IMMOBILE N.2

1. Descrizione immobile _____

Mq _____

% proprietà _____

Indirizzo _____

Valore € _____

2. Nominativo eventuale cointestatario _____

% di proprietà _____

Luogo e data di nascita cointestatario _____

Residenza cointestatario _____

3. Vincolo immobiliare: a favore di _____

Importo iniziale € _____

Debito residuo € _____

Importo iscrizione € _____

Scadenza _____

Luogo e data, _____ Timbro e fima/e _____

Garanzia collettiva dei fidi _____

Sede: Via Gabriele D'Annunzio 33 – 95128 Catania tel. 095/505931 – Reg. imprese C.C.I.A.A. di Catania n° 283869 – Partita IVA 04265910879 – Iscrizione Albo Soc. Cooperative n° A113234