

Spett.le
Organismo di Composizione della Crisi da Sovraindebitamento
c/o l'Ordine dei Dottori Commercialisti e
degli Esperti Contabili di Cagliari
Viale Trento 94 – 09123 – Cagliari

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
provincia (_____) il _____ codice fiscale _____
residente a _____ provincia (_____) via/piazza _____
n° _____ CAP _____ telefono _____ cellulare _____
e-mail _____ PEC _____
intestatario della procedura di sovraindebitamento n° ____/____

CHIEDE

di poter sospendere temporaneamente la procedura di sovraindebitamento per la seguente motivazione:

Luogo e data _____

Firma _____

Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità