



Sol&Mar Consulenze di Solofrizzo Davide
Dom. Fisc.: Corso Lodi, 59 – 20139 MILANO
Ufficio: Corso Lodi, 50 – 20139 MILANO
Tel.: 339 8411958 – Fax: 0142 9098124
P.I.: 05554660968 – C.F.: SLFDVD68B19F205Q
UIC 52731 - RUI E000008159

Scheda Informazioni Cliente

I CAMPI SONO TUTTI OBBLIGATORI

IMPORTO RICHIESTO	DURATA MESI	FINALITA'			
DATI ANAGRAFICI – RESIDENZA E DOMICILIO DEL RICHIEDENTE <input type="checkbox"/> GARANTE <input type="checkbox"/>					
NOME		COGNOME			
NATO/A A		PROVINCIA IL / /			
COD. FISCALE		CITTAD.NZA SCAD.P.SOGG. / /			
STATO CIVILE: Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Sposato/a <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/>					
PER L'EVENTUALE GARANTE/COOBLIGATO INDICARE IL GRADO DI PARENTELA COL RICHIEDENTE					
RESIDENTE IN VIA		N°			
CAP	COMUNE	PROV			
RESIDENTE ALL'ATTUALE INDIRIZZO DAL (mese/anno)					
INDIRIZZO PRECEDENTE (se variato negli ultimi 5 anni)		N°			
CAP	COMUNE	PROV			
INDIRIZZO CORRISPONDENZA VIA		N°			
CAP	COMUNE	PROV			
ABITAZIONE: Di Proprietà <input type="checkbox"/> In Affitto <input type="checkbox"/> Presso Genitori <input type="checkbox"/> Presso Parenti/Amici <input type="checkbox"/>		IMP. AFFITTO/MUTUO €			
TEL. FISSO ABITAZIONE		TEL CELLULARE			
DOCUMENTO RICONOSCIMENTO					
TIPO DOCUMENTO		N°			
LUOGO RILASCIO		IL / / SCADENZA / /			
LAVORO					
INIZIO ATTIVITA' O ASSUNTO/PENS. DAL (mese/anno)		ULTIMA BUSTA PAGA €			
PROFESSIONE		TEL LAVORO (obbl. lav. dip.)			
Lav. Dipendente <input type="checkbox"/> Lav. Autonomo/Prof. <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>					
Tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Stagionale <input type="checkbox"/> Contr. Progetto <input type="checkbox"/>		Scadenza contratto / /			
Tempo Determinato <input type="checkbox"/>					
DATORE LAVORO		VIA N°			
CAP	COMUNE	PROV			
COORDINATE IBAN CONTO CORRENTE INTESTATO AL RICHIEDENTE (solo richiedente)					
Paese	CIN EUR	CIN IT	ABI	CAB	N° Conto
ALTRI IMPEGNI RICHIEDENTE					
HA OTTENUTO FINANZIAMENTI/MUTUI IN PASSATO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
INDICARE EVENTUALI FINANZIAMENTI IN CORSO (dati facoltativi)					
1) RATA	DESC.NE	3) RATA	DESC.NE		
2) RATA	DESC.NE	4) RATA	DESC.NE		
DATI CONIUGE					
NOME		COGNOME			
NATO A		PROVINCIA		IL / /	
PROFESSIONE		REDDITO MENSILE			
Documenti da inviare sempre insieme alla presente scheda via fax: 0142 9098124 o e-mail: dso@email.it					
<input type="checkbox"/> Informativa Privacy + Informativa/e Privacy Società Finanziaria/e – FIRMATE DAL CLIENTE					
<input type="checkbox"/> Documento d'Identità fronte retro (<u>Carta Identità o Patente di Guida</u>) + Codice Fiscale					
<input type="checkbox"/> Permesso di Soggiorno Valido o in Rinnovo (<u>necessario se cittadino extracomunitario</u>)					
<input type="checkbox"/> Ultime 2 Busta Paga o Cedolino della Pensione o Modello Unico					
<input type="checkbox"/> F24 timbrato da banca o posta + CCIAA (min 6 mesi) se autonomo – F24 se libero professionista					
<input type="checkbox"/> Utenza Pagata dell'indirizzo di residenza intestata al richiedente o Certificato di Residenza					
<input type="checkbox"/> Copia Estratto Conto Corrente con indicate coordinate bancarie IBAN (<u>intestato al richiedente</u>)					
N.B.: PER L'EVENTUALE COOBLIGATO/A COMPILARE ALTRA SCHEDA INFORMAZIONI CLIENTE					