

All'Ufficio dello Stato Civile
del Comune di
SANTA MARINELLA

I sottoscritti coniugi:

COGNOME E NOME.....
NATO/A A.....IL.....
RESIDENTE A.....IN VIA.....
N° tel. Cellulare.....Indirizzo email e/o PEC.....

E

COGNOME E NOME.....
NATO/A A.....IL.....
RESIDENTE A.....IN VIA.....
N° tel. Cellulare.....Indirizzo email e/o PEC.....

I QUALI HANNO CONTRATTO MATRIMONIO IN DATA.....
NEL COMUNE DI.....

E HANNO OTTENUTO UNA SENTENZA DI SEPARAZIONE PRESSO IL TRIBUNALE
DI..... IN DATA.....

Richiedono un appuntamento al fine di concludere un accordo di scioglimento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, alle condizioni previste dall'art. 12 del D.L. 132 del 12/09/2014 convertito con modificazioni dalla L. 10/11/2014, n. 162, in vigore dall'11 dicembre 2014.

Dichiarano di essere a conoscenza che tale accordo non può essere stipulato in presenza di figli minori, di figli maggiorenni incapaci o portatori di handicap grave o economicamente non autosufficienti e che non può contenere patti di trasferimento patrimoniale di alcun tipo.

Dichiarano inoltre che:

☐ si avvarranno dell'assistenza facoltativa di un Avvocato

☐ NON si avvarranno dell'assistenza facoltativa di un Avvocato
(crocettare l'opzione scelta)

La comunicazione della data dell'appuntamento sarà inviata dall'Ufficio di Stato Civile del Comune agli indirizzi di posta elettronica semplice e/o PEC sopra indicati.

Allegano copie dei documenti di identità di entrambi e Dichiarazioni sostitutive di certificazione.

SANTA MARINELLA,

FIRMA I° CONIUGE

.....

FIRMA II° CONIUGE

.....

N.B. La presente richiesta si riferisce alla sola prenotazione appuntamento e i dati indicati sono utili all'Ufficio per la verifica dei requisiti di accesso alla procedura, **ma non ha alcun effetto costitutivo dell'accordo.**