

**AL COMUNE DI
GALLIATE
SERVIZIO STATO CIVILE**

Fax: 0321/800703
TEL. 0321/800702 – 704

OGGETTO: COMUNICAZIONE DATI - Procedimento per redazione "ACCORDO TRA CONIUGI" innanzi all'Ufficiale di Stato Civile ai sensi dell'art. 12 Legge n.162/2014.-

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

nato/a in _____ il _____

Atto registrato nel Comune di _____

residente in: _____ CAP _____

Via/Piazza _____ N. _____ Int. _____

cittadino/a _____

Telefono _____ Fax _____

e-mail _____ P.E.C. _____

per il procedimento relativo a:

- ☐ **Separazione personale,**
- ☐ **Cessazione effetti civili del matrimonio,**
- ☐ **Scioglimento del matrimonio,**
- ☐ **Modifica delle condizioni di Separazione,**
- ☐ **Modifica delle condizioni di Divorzio,**

COMUNICA:

- **di avere contratto matrimonio**

in _____ il _____

con

Cognome _____ Nome _____

nato/a in _____ il _____

Atto registrato nel Comune di _____

- ☐ di non essere parte in giudizio pendente, concernente
 - ☐ la separazione personale con il coniuge menzionato;
 - ☐ la cessazione degli effetti civili del matrimonio con il coniuge menzionato;
 - ☐ lo scioglimento del matrimonio con il coniuge menzionato;
- ☐ di essere parte in giudizio pendente, concernente
 - ☐ la separazione personale con il coniuge menzionato,
 - ☐ la cessazione degli effetti civili del matrimonio con il coniuge menzionato,
 - ☐ lo scioglimento del matrimonio con il coniuge menzionato,nella causa iscritta presso il **Tribunale** di: _____

- di non essere genitore di figli minori, di non essere genitore di figli maggiorenni incapaci, di non essere genitore di figli maggiorenni, portatori di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di non essere genitore di figli maggiorenni economicamente non autosufficienti nati dalla coppia;
- che non concorderà con il coniuge menzionato alcun patto di trasferimento patrimoniale;
- ☐ che costituisce a proprio carico l'obbligo di pagamento dell'assegno periodico, di Euro (*)
- ☐ che revoca l'assegno periodico (*)
- ☐ che modifica l'ammontare dell'assegno periodico, da Euro a Euro (*)

(*) a favore di da corrispondere/corrisposto a mezzo:

☐ contanti ☐ bonifico bancario ☐ bonifico postale ☐ assegno bancario ☐ assegno circolare

entro il (specificare la periodicità del pagamento)

da rivalutarsi annualmente secondo gli indici ISTAT con prima rivalutazione a decorrere dal

mese di Anno

INFORMA:

- ☐ che NON sarà assistito/a da Avvocato.
- ☐ che SARA' assistito/a da **Avvocato**, di cui di seguito fornisce generalità e indirizzo dello studio legale:

Cognome Nome

nato/a in il

studio legale sito in:

Via/Piazza N. Int.

Comune CAP

Telefono Fax

e-mail P.E.C.

- ☐ che NON sarà assistito/a da Interprete.
- ☐ che SARÀ assistito/a da **Interprete**, di cui di seguito fornisce generalità e indirizzo:

Cognome Nome

nato/a in il

residente in: CAP

Via/Piazza N. Int.

cittadino/a

Telefono Fax

e-mail P.E.C.

Allega:

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

☐ fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'Avvocato sopraindicato.

☐ fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'Interprete sopraindicato.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.Lgs. 196/2003

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del presente procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Il/La dichiarante

Data