

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,**

C O M U N I C A:

- **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** _____

IN F O R M A:

- **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 Interpretante.**
- **che SARÀ assistito/a da **Interpretante**, 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'Interpretante 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 _____