

All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di SAN COSTANZO

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.....

..... N. IN DATA.....

oppure

che in data è stato stipulato l'accordo di separazione consensuale
(art. 12) davanti all'Ufficiale dello Stato Civile del Comune di;

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 e di non
essere parte in giudizio pendente concernente lo scioglimento/cessazione degli effetti civili del
matrimonio tra gli stessi.

Dichiarano inoltre che (crocettare l'opzione scelta):

☐ si avvarranno dell'assistenza facoltativa di un Avvocato

☐ NON si avvarranno dell'assistenza facoltativa di un Avvocato

La comunicazione della data dell'appuntamento sarà inviata dall' ufficio agli indirizzi di posta
elettronica semplice e/o PEC sopra indicati.

Allegano copie dei documenti di identità di entrambi.

San Costanzo ,.....

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.