

I sottoscritti coniugi:

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

E

COGNOME E
NOME.....NATO/A.....
.....IL.....CODICE FISCALE.....
RESIDENTE A.....CAPIN 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.

Dichiarano inoltre che:

- si avvarranno dell'assistenza facoltativa di un Avvocato
 NON si avvarranno dell'assistenza facoltativa di un Avvocato
(croettare l'opzione scelta)

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

Allegano copie dei documenti di identità di entrambi.

Bivongi,.....

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.