

Modulo per lo scioglimento di unione civile²

I Sottoscritti:

Cognome e nome _____

Nato/a a _____

In data _____ Cittadinanza _____

residente nel Comune di _____

Indirizzo _____

Tel: _____ Email _____

Cognome e nome _____

Nato/a a _____

In data _____ Cittadinanza _____

residente nel Comune di _____

Indirizzo _____

Tel: _____ Email _____

Chiedono/chiede un appuntamento per la manifestazione di volontà di scioglimento dell'unione civile, contratta nel Comune di _____ in data _____ davanti all'ufficiale di stato civile:

- Congiunta
- Unilaterale (previamente comunicata a cura della persona interessata, all'altra parte mediante invio di raccomandata con avviso di ricevimento alla residenza anagrafica o, in mancanza, all'ultimo indirizzo noto, da produrre all'atto della manifestazione.

¹ E' POSSIBILE RICHIEDERE LO SCIOGLIMENTO DELL'UNIONE CIVILE SOLO SE COSTITUITA O TRASCRITTA NEL COMUNE DI RESIDENZA O DOVE E' STATO FORMATO O TRASCritto L'ATTO DI UNIONE.

² la presente richiesta si riferisce alla sola prenotazione appuntamento e i dati indicati sono utilizzati esclusivamente per la verifica dei requisiti e, quindi, non hanno alcun effetto giuridico.

Allega/allegano alla presente il documento/i documenti di identità in corso di validità.

All'uopo dichiarano/dichiara di essere consapevoli delle sanzioni penali in caso di dichiarazione mendaci o di esibizione di atti falsi, così come previsto dall'art.76 del D.P.R. 775/2000.

Dichiarano/dichiara inoltre di essere informati che i dati personali raccolti saranno trattati ai sensi del Regolamento generale di protezione dei dati personali UE679/2016, anche con strumenti informatici, con tutti i criteri che realizzano la massima riservatezza ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma

Firma