

AL COMUNE DI LAINATE

Ufficio di Stato Civile

e-mail: stato.civile@comune.lainate.mi.it

PEC: comune.lainate@pec.regione.lombardia.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 DPR 28 dicembre 2000 n. 445) E
COMUNICAZIONE ai fini della richiesta congiunta di SCIOGLIMENTO UNIONE CIVILE davanti all'Ufficiale
dello Stato Civile (art. 12 Legge 10 novembre 2014, n. 162)**

Il/La sottoscritto/a.....
(cognome) (nome)

nato/a a (.....) il
(luogo) (prov.)

residente a..... (.....)
(luogo) (prov.)

in Via/Piazza n.....

cellulare.....e-mail

E

Il/La sottoscritto/a.....
(cognome) (nome)

nato/a a (.....) il
(luogo) (prov.)

residente a..... (.....)
(luogo) (prov.)

in Via/Piazza n.....

cellulare.....e-mail

CHIEDONO

**UN APPUNTAMENTO PER LA FIRMA DEGLI ATTI DI ACCORDO E CONFERMA DI SCIOGLIMENTO DELL'
UNIONE CIVILE DAVANTI ALL'UFFICIALE DI STATO CIVILE a seguito di precedente Atto di Manifestazione
di Volontà di Scioglimento dell'Unione Civile avvenuta in modalità:**

☐ Congiunta

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

consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n.
445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci; consapevole della perdita dei
benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai
sensi dell'art. 75 del citato D.P.R.; consapevole dell'effettuazione di controlli sulla veridicità
di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del citato D.P.R., sotto la personale
responsabilità:

DICHIARANO

☐ di aver costituito unione civile in data ____/____/____ nel Comune di _____ ;

☐ che sono trascorsi tre mesi dalla data della manifestazione di volontà di sciogliere l'unione civile resa avanti all'ufficiale dello stato civile del Comune di _____ ;

☐ di non avere figli minori, maggiorenni incapaci o portatori di handicap gravi ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero maggiorenni economicamente non autosufficienti;

☐ di avere i seguenti figli maggiorenni economicamente autosufficienti:

1 _____ nato/a a _____ il _____

2 _____ nato/a a _____ il _____

3 _____ nato/a a _____ il _____

COMUNICANO

☐ di corrispondere assegni periodici in favore di _____

☐ di non corrispondere assegni periodici

I/LE DICHIARANTI

Lainate,
.....
.....

FIRMATA DAL/LA DICHIARANTE IN MIA PRESENZA Identificato/a mediante _____ n. _____ rilasciato da _____ Data, _____ _____ L'ADDETTO	SI ALLEGA FOTOCOPIA: ☐ Carta di identità ☐ Passaporto ☐ Patente di guida ☐ _____
FIRMATA DAL/LA DICHIARANTE IN MIA PRESENZA Identificato/a mediante _____ n. _____ rilasciato da _____ Data, _____ _____ L'ADDETTO	SI ALLEGA FOTOCOPIA: ☐ Carta di identità ☐ Passaporto ☐ Patente di guida ☐ _____

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (PRIVACY)

Si informa che i dati forniti con la compilazione del presente modulo saranno raccolti in apposita Banca dati esclusivamente ai fini della formazione dell'atto di nascita. I dati saranno trattati anche con l'ausilio di sistemi informatici: Sono utilizzati i sistemi idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Per garantire l'esercizio dei diritti previsti dall'art. 15 del Regolamento UE 2016/679 in merito all'accesso, la rettifica, la cancellazione e l'aggiornamento dei dati forniti rivolgersi al Responsabile del trattamento: SPANO' ALICE