

**AL COMUNE DI MELISSANO**  
**SERVIZIO STATO CIVILE**  
0833/586219 - 0833586205  
EMAIL: [servizidemografici@comune.melissano.le.it](mailto:servizidemografici@comune.melissano.le.it)  
PEC:  
[demografici.comunemelissano@pec.rupar.puglia.it](mailto:demografici.comunemelissano@pec.rupar.puglia.it)

**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 NON AVERE AVVIATO PROCEDIMENTO ANALOGO PRESSO ALTRO COMUNE;**
- . 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 costituisce a proprio carico/a carico di

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 Interprete.

che SARÀ assistito/a da **Interprete**, *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'Interprete sopraindicato.

Data \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante