COMUNE DI POPPI (AR)

Ufficio di Anagrafe

Telefono 0575 5071

Indirizzo E-MAIL: **c.poppi@postacert.toscana.it**

DICHIARAZIONE DI SCIOGLIMENTO
CONVIVENZA DI FATTO

Legge 20 maggio 2016

ALL'UFFICIO ANAGRAFE
DEL COMUNE DI POPPI

Protocollo num- _____ del_____

I sottoscritti:

1. _____nato/a_____il _____
2. _____nato/a_____il _____

CHIEDONO

Lo scioglimento della Convivenza di fatto dichiarata in data _____essendo cessati i legami affettivi di coppia e reciproca assistenza morale e materiale.

Dichiarano altresì di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene resa

Nel caso in cui la presente istanza sia sottoscritta da uno solo dei componenti della Convivenza di fatto, il richiedente dichiara di essere a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 28/12/2000 n. 445, che il comune di Poppi provvederà a inviare all'altro componente una formale comunicazione ai sensi della legge n. 241/1990 e successive modifiche e integrazioni

Dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene resa

POPPI,il_____

_____ Firma leggibile

_____ firma leggibile

Si allegano le copie dei documenti di identità dei sottoscrittori