

**DOMANDA DI SCIoglIMENTO
CONVIVENZA DI FATTO**

(Legge 20 maggio 2016, n. 76)

All'Ufficiale d'Anagrafe
del Comune di
SAVIGNONE

I sottoscritti:

1. nato/a il
2. nato/a il

CHIEDONO

lo scioglimento della costituzione 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. n. 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 sottoscritto dichiara di essere a conoscenza, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445, che il Comune di Savignone provvederà a inviare all'altro componente una formale comunicazione ai sensi della legge n. 241/1990 e s.m.i.

data,

(Firma)

(Firma)

Si allegano le copie dei documenti di identità, in corso di validità, dei sottoscrittori.