

Dichiarazione anagrafica per la cessazione della convivenza di fatto di cui all'art. 1 commi 36 e segg. L. 20.5.2016 n. 76

IL/I SOTTOSCRITTO/I

1)

Cognome		
Nome		
Data di nascita	Sesso M F	Luogo e Stato di nascita
Cittadinanza	Codice Fiscale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

2)

Cognome		
Nome		
Data di nascita	Sesso M F	Luogo e Stato di nascita
Cittadinanza	Codice Fiscale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Consapevole/i delle **responsabilità** penali per le dichiarazioni mendaci ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

Ai fini della cessazione di una convivenza di fatto ai sensi dell'art. 1 commi 36 e seguenti della legge 20 maggio 2016, n. 76

DICHIARA/DICHIARANO

la cessazione della Convivenza di Fatto, essendo cessato il legame affettivo di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale dichiarato in data

Nel caso in cui la presente dichiarazione sia sottoscritta da **uno solo** dei componenti la Convivenza di Fatto, il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che il Comune di Villorba provvederà d'ufficio alla cancellazione della Convivenza di Fatto e che provvederà ad inviare all'altro componente una comunicazione dell'eseguita variazione.

Dichiara/Dichiarano infine di essere informato/i, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegano copia del proprio documento di identità.

Villorba,/...../.....

Firma dei dichiaranti

.....

.....

Il presente modulo deve essere compilato, sottoscritto e presentato presso il Comune di residenza allo Sportello Unico Polivalente (SUP) di Villa Giovannina, ovvero inviato agli indirizzi pubblicati sul sito istituzionale del comune per raccomandata (indirizzo: Piazza Umberto I n° 19, 31020 Villorba), per fax (FAX 0422-6179670) o per via telematica.

Questa ultima possibilità è consentita ad una delle seguenti condizioni:

- che la dichiarazione sia sottoscritta con firma digitale o qualificata e trasmessa a mezzo posta elettronica o PEC;
- che gli autori siano identificati dal sistema informatico con l'uso della carta d'identità elettronica, della carta nazionale dei servizi o SPID, o comunque con strumenti che consentano l'individuazione dei soggetti che effettuano la dichiarazione;
- che la copia della dichiarazione recante le firme autografe e **le copie dei documenti d'identità** dei dichiaranti siano scansionate e trasmesse tramite posta elettronica semplice o PEC