

**OGGETTO: DICHIARAZIONE DI COSTITUZIONE DI “CONVIVENZA DI FATTO”
(art.1, comma 36, della legge 20 maggio 2016, n.76).**

I sottoscritti:

1. **(Cognome/Nome)** _____ (Nato/a) _____ a _____
il (Data nascita) _____ di cittadinanza _____, codice_fiscale _____;
2. _____ nato/a a _____ il _____
di cittadinanza _____ codice fiscale _____

**CHIEDONO
di costituire una convivenza di fatto**

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevoli delle responsabilità penali per le dichiarazioni mendaci,

DICHIARANO

- 1) di essere residenti, coabitanti ed iscritti nello stesso stato di famiglia nel Comune di MEDICINA all'indirizzo _____;
- 2) di essere uniti stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza, morale e materiale;
- 3) di non essere vincolati tra loro da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile tra loro o con altre persone;
- 4) di essere a conoscenza del fatto che, qualora cessi la situazione di coabitazione o di residenza di uno dei soggetti o in caso di matrimonio o unione civile, l'ufficio addetto provvederà alla cancellazione d'ufficio della convivenza di fatto;
- 5) di essere informati che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene resa, nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela dei dati personali.

Tutte le comunicazioni inerenti la presente dichiarazione dovranno essere inviate ai seguenti recapiti:

Comune	Provincia
Via/Piazza	Numero civico
Telefono	Cellulare
Fax	e-mail / Pec

Luogo e data _____

Firma del dichiarante 1 (per esteso e leggibile)

Firma del dichiarante 2 (per esteso e leggibile)

Spazio riservato all'Ufficio Anagrafe in caso di sottoscrizione davanti all'Ufficiale d'Anagrafe

Il sottoscritto ufficiale di anagrafe attesta che la presente dichiarazione è stata sottoscritta dai richiedenti in sua presenza il _____ e sono stati identificati mediante:

(dichiarante 1) _____

(dichiarante 2) _____

L'Ufficiale di anagrafe

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE

Il presente modulo deve essere compilato, sottoscritto e presentato presso l'Ufficio Anagrafe del Comune di Medicina con una delle seguenti modalità:

- presentare istanza direttamente allo sportello Ufficio Anagrafe, previo appuntamento;
- consegnare personalmente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, con allegata copia documento di identità
- inviare per posta tramite raccomandata con Avviso di Ricevimento all'indirizzo Comune di Medicina, Via Libertà 103, cap.40059, con allegata copia documento di identità
- trasmettere via fax al numero 0516979255 oppure al 0516979222, con allegata copia documento di identità
- trasmettere via email semplice all'indirizzo anagrafe@comune.medicina.bo.it : la domanda dovrà essere firmata digitalmente, mentre copia del documento d'identità dovrà essere allegata in formato pdf o equivalente;
- trasmettere via email semplice all'indirizzo anagrafe@comune.medicina.bo.it : la copia della dichiarazione recante la firma autografa, copia del documento d'identità dovrà essere allegata in formato pdf o equivalente;
- trasmettere via posta elettronica certificata (PEC) comune.medicina@cert.provincia.bo.it : la domanda firmata digitalmente oppure la copia della dichiarazione recante la firma autografa scansionata in formato pdf o equivalente allegando anche copia del documento d'identità;