	I SOTTOSCRITTI		
Cognome			
Nome			
Data di nascita		Sesso	
		M	F
Cittadinanza			
	е		
Cognome			
Nome			
Data di nascita		Ses	SO SO
		M	F
Cittadinanza		I	
a cessazione della propria convidiai sensi dell'art.			
uogo e data	Firma del	Firma del/i dichiarante/i *	
* allegare copia di un documento di	identità o riconoscimento va	lido di entrambi i	dichiaranti
Il presente modulo deve essere com comune di residenza, ovvero inviate per raccomandata, per f	o agli indirizzi pubblicati su		

All'Ufficio Anagrafe del Comune di