

## MODULO DI PRIMO CONTATTO

Acquisendo le informazioni elencate, l'Ufficio Autorità centrali potrà individuare l'intervento possibile nel caso concreto e comunicherà la lista dei documenti necessari per presentare la domanda formale di cooperazione.

All'Ufficio Autorità Centrali  
[autoritacentrali.dgmc@giustizia.it](mailto:autoritacentrali.dgmc@giustizia.it)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (nome e cognome), nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (comune/provincia), tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

intendo presentare una domanda di cooperazione internazionale in materia di prestazioni alimentari.

Il debitore risiede, è proprietario di beni o titolare di crediti in:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Albania           | <input type="checkbox"/> Gran Bretagna e Irlanda del Nord | <input type="checkbox"/> Stati Uniti d'America |
| <input type="checkbox"/> Austria           | <input type="checkbox"/> Grecia                           | <input type="checkbox"/> Svezia                |
| <input type="checkbox"/> Azerbaijan        | <input type="checkbox"/> Honduras                         | <input type="checkbox"/> Turchia               |
| <input type="checkbox"/> Bielorussia       | <input type="checkbox"/> Irlanda                          | <input type="checkbox"/> Ucraina               |
| <input type="checkbox"/> Belgio            | <input type="checkbox"/> Kazakistan                       | <input type="checkbox"/> Ungheria              |
| <input type="checkbox"/> Bosnia-Erzegovina | <input type="checkbox"/> Lettonia                         |  |
| <input type="checkbox"/> Brasile           | <input type="checkbox"/> Lituania                         |  |
| <input type="checkbox"/> Bulgaria          | <input type="checkbox"/> Lussemburgo                      |  |
| <input type="checkbox"/> Canada*           | <input type="checkbox"/> Malta                            |  |
| <input type="checkbox"/> Cipro             | <input type="checkbox"/> Montenegro                       |  |
| <input type="checkbox"/> Croazia           | <input type="checkbox"/> Nicaragua                        |  |
| <input type="checkbox"/> Ecuador           | <input type="checkbox"/> Norvegia                         |  |
| <input type="checkbox"/> El Salvador       | <input type="checkbox"/> Nuova Zelanda                    |  |
| <input type="checkbox"/> Estonia           | <input type="checkbox"/> Paesi Bassi                      |  |
| <input type="checkbox"/> Filippine         | <input type="checkbox"/> Polonia                          |  |
| <input type="checkbox"/> Finlandia         | <input type="checkbox"/> Portogallo                       |  |
| <input type="checkbox"/> Francia           | <input type="checkbox"/> Repubblica Ceca                  |  |
| <input type="checkbox"/> Georgia           | <input type="checkbox"/> Romaniaa                         |  |
| <input type="checkbox"/> Germania          | <input type="checkbox"/> Spagna                           |  |

\*solo Province di British Columbia, Manitoba  
e Ontario

Dichiaro di trovarmi in una delle seguenti situazioni:

dispongo della seguente sentenza o altro atto equivalente che ha stabilito il mio diritto a ricevere una prestazione alimentare o di mantenimento:

1. autorità giudiziaria o notaio: \_\_\_\_\_
2. numero e data della sentenza o dell'atto: \_\_\_\_\_

3. **data di inizio del procedimento:** \_\_\_\_\_ (da indicare solo in caso di richiesta di esecuzione di una decisione/atto in uno Stato membro U.E. o in Gran Bretagna)

**NON** dispongo di una sentenza o di altro atto equivalente

Preciso inoltre che:

il soggetto beneficiario della prestazione alimentare è:

Il/la sottoscritto/a

Il/la figlio/a del/la sottoscritto/a, nato/a il \_\_\_\_\_

altra persona di cui sono il tutore o l'amministratore di sostegno  
(specificare) \_\_\_\_\_

la persona nei cui confronti intendo presentare una domanda di cooperazione internazionale per ottenere gli alimenti e/o il mantenimento è:

il genitore del soggetto beneficiario,

il coniuge o ex coniuge del soggetto beneficiario

altro (indicare la relazione di parentela o di affinità) \_\_\_\_\_

Data e firma