

Załącznik nr 1 do Karty usługi 64/K/UU/SR
INFORMACJA O WYGAŚNIĘCIU OBOWIĄZKU ALIMENTACYJNEGO

-WZÓR-

..... dnia
(miejscowość i data)

Sąd Rejonowy w

.....

..... **Wydział Rodziny i Nieletnich**

Powód:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL lub NIP)

.....
(nr tel. do kontaktu)

Pozwany¹:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL lub NIP jeśli jest znany)

.....
(nr tel. do kontaktu)

Wartość przedmiotu sporu

.....

Pozew o wygaśnięcie obowiązku alimentacyjnego

Wnoszę o:

¹ Jeżeli pozwany jest reprezentowany przez przedstawiciela ustawowego, należy oprócz danych pozwanego podać także dane przedstawiciela ustawowego i jego adres oraz nr tel. do kontaktu.

1. Ustalenie, że obowiązek alimentacyjny powoda wobec pozwanego, ustalony
ugodą/wyrokiem * Sądu z dnia,
sygn. akt..... wygaś z dniem
2. Zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu według norm przepisanych;
3. Rozpoznanie powództwa także pod nieobecność strony powodowej;
4. Ponadto oświadczam, iż strony:
* podjęły próbę mediacji z wynikiem
* nie podjęły mediacji lub innego pozasądowego sposobu rozwiązywania sporu z powodu
.....

Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(w uzasadnieniu należy wykazać, iż w przedmiotowej sprawie nastąpiła zmiana stosunków, przez którą należy rozumieć wszelkie zmiany w statusie ekonomicznym/prawnym stron powodujące podstawę do żądania ustania obowiązku alimentacyjnego np. osiągnięcie wieku ,ukończenie szkoły, choroba, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)

.....
(własnoręczny podpis)

* *niepotrzebne skreślić*

Załączniki:

1. dowód uiszczenia opłaty sądowej od pozwu,
2. dowody wymienione w treści uzasadnienia *(jeżeli nie zostały wskazane w uzasadnieniu żadne dowody i nie są one załączane, punkt ten należy przekreślić)*,
3. odpis pozwu z załącznikami.