В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. супруги)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

о согласии на расторжение брака во время беременности [<2>](#P50)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, состою в браке с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. супруги) (Ф.И.О.,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата рождения, адрес супруга)

что подтверждается Свидетельством от "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выданным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование, адрес органа записи актов гражданского состояния)

Вместе с тем наша семейная жизнь не сложилась по причине

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В настоящий момент я беременна, что подтверждается Справкой от

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование, адрес

медицинского учреждения)

На основании изложенного и в соответствии со [ст. 17](consultantplus://offline/ref=7FEF84F5FE8BF0F4459C874A4A370DDEA9C608F6AF0DD8FF2EB57FE60ADC5C5A695C0490E1ECF994AA6CU) Семейного кодекса

Российской Федерации заявляю о своем согласии на расторжение брака между

мной и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Ф.И.О. супруга)

Приложения:

1. Копия Свидетельства о браке N \_\_\_\_\_ от "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

2. Копия Справки о беременности от "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

Заявитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О.)