



AVISO DE TERMINACIÓN DE SOCIEDAD DE CONVIVENCIA

Fecha		
DÍA	MES	AÑO

Número de Folio				
Delegación	Trámite	Consecutivo	Año	
	SC	T		

(Este recuadro será llenado por la Autoridad Registradora)

Órgano Político Administrativo en _____
Dirección General Jurídica y de Gobierno

Número de folio de Constitución de la Sociedad de Convivencia:

Número de Folio				
Delegación	Trámite	Consecutivo	Año	
	SC	C		

(Este recuadro será llenado por la Autoridad Registradora)

Datos del Conviviente:

Nombre: _____
 Edad: _____
 Domicilio
 Calle: _____ Número exterior: _____ Número interior: _____
 Colonia: _____ Delegación: _____
 Entidad Federativa: _____ Código Postal: _____

Datos del Conviviente:

Nombre: _____
 Edad: _____
 Domicilio
 Calle: _____ Número exterior: _____ Número interior: _____
 Colonia: _____ Delegación: _____
 Entidad Federativa: _____ Código Postal: _____

Se da aviso a la Autoridad Registradora de la Terminación de la Sociedad de Convivencia, en virtud que:

- () Existe voluntad de ambos o de cualquiera de los o las Convivientes de dar término a la Sociedad de Convivencia
- () Por abandono del hogar común de uno de los o las Convivientes por más de tres meses, sin que haya causa justificada
- () Porque algunos de los o las Convivientes contraiga matrimonio o establezca una relación de concubinato
- () Porque alguno de los o las Convivientes haya actuado dolosamente al suscribir la Sociedad de Convivencia
- () Por la defunción de alguno de los Convivientes

Adjuntando, para acreditar la o las causas, los siguientes documentos:

Por lo que solicito se notifique este documento, en términos de lo previsto en el Artículo 24 de la Ley de Sociedad de Convivencia en el Distrito Federal para los efectos legales procedentes.

Nombre y Firma del Conviviente

Nombre y Firma del Conviviente
