

SUMILLA: SOLICITO AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN

SEÑOR
DIRECTOR DEL CENTRO DE CONCILIACIÓN “PERÚ – JAVIER PRADO”
PRESENTE.-

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE, identificado con D.N.I. N° XXXXXXXX, con domicilio en (.....) N° XXX, Distrito de (.....), Provincia y Departamento de Lima, y doña **NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE**, identificada con D.N.I. N° 12345678, con domicilio en (.....) N° XXX, Distrito de (.....), Provincia y Departamento de Lima; solicitamos se lleve a cabo la audiencia de conciliación respecto a: Régimen de visitas y Alimentos a favor de nuestro hijo **NOMBRE DEL O LOS MENORES**, (edad); a continuación exponemos los detalles de la solicitud:

HECHOS:

Que, nosotros XXXXXXXXXXXX tuvimos una relación de pareja y producto de esto nacieron nuestros menores XXXXXXXXXXXX y que por falta de incompatibilidad de caracteres tuvimos que separarnos; por tal motivo deseamos conciliar la Régimen de visitas y Alimentos para nuestros menores hijos.

OTRAS PERSONAS CON DERECHO ALIMENTARIO

Los solicitantes, manifestamos que no existe otra persona con derecho alimentario, más que aquella señalada en la presente solicitud.

(De existir otra persona con derecho a pensión alimenticia, señalar el nombre y edad.)

PETITORIO:

PRIMERO.- RESPECTO A LA PENSION ALIMENTICIA

Que, respecto a los alimentos a favor de nuestro menor hijo (a), y teniendo en consideración que es obligación de ambos padres acudir con los alimentos a sus hijos, ambas solicitantes acordamos lo siguiente:

1. El solicitante XXXXXXXXXXXXXX, se compromete a acudir a su menor hijo **NOMBRE DEL O LOS MENORES, (EDAD)**, con una pensión alimenticia mensual y adelantada ascendente a la suma de S/. 1,000.00 (Un Mil con 00/100 Soles).
2. El solicitante XXXXXXXXXXXXXX se compromete a depositar el monto de la pensión alimenticia a la Cuenta Bancaria N° XXXXXXXXXXXXXXX del Banco XXXXXXXXXXXXXXXXX, cuya titular es la madre de la o la menor doña XXXXXXXXXXXXXXXXX.
3. El solicitante XXXXXXXXXXXXXXXXX, se compromete a efectuar los depósitos correspondientes a la pensión de alimentos los días 28 de cada mes, en forma puntual y oportuna, sin mayor requerimiento.
4. Ambos solicitantes se comprometen a asumir los gastos frente a sucesos extraordinarios de salud, enfermedad, educación, u otros vinculados al adecuado crecimiento y formación del menor, en forma equitativa.

SEGUNDO.- RESPECTO AL REGIMEN DE VISITAS.

1. ESPECIFICAR DIAS Y HORAS DE VISITA Y EN CASO DE FECHAS FESTIVAS SI GUSTAN PUEDEN DETALLAR COMO REALIZAR LAS VISITAS DURANTE LA SEMANA, FINES DE SEMANA, DIAS FESTIVOS, CUMPLEAÑOS, ETC.
2. Ambos solicitantes se comprometen a velar por el bienestar de su menor hijo, para lo cual se comprometen a realizar las coordinaciones respectivas, respetando en todo momento los horarios de estudio y descanso del menor.

ANEXOS: Adjunto fotocopia de los siguientes documentos:

1. Copia del DNI del solicitante **NOMBRE DEL PADRE**
2. Copia del DNI de la solicitante **NOMBRE DE LA MADRE**
3. Partida de Nacimiento del menor **NOMBRE DEL O LOS MENORES**

POR TANTO:

Pido a ustedes acceder a nuestra solicitud, a fin que proceda conforme a Ley de Conciliación y su Reglamento.

Lima,de.....de 2018.

NOMBRE DEL PADRE

D.N.I. N° XXXXXXXX

NOMBRE DE LA MADRE

D.N.I. N° XXXXXXXX