

Al Sig. Sindaco del Comune di  
SAN MARCELLINO

**OGGETTO: Verifica motivi di ineleggibilità e incompatibilità ad assumere la carica di Consigliere Comunale.**

Io sottoscritt A BARONE PAOLA

nat A a SANTA MARIA CAPUA VETERE il 13/04/1992

e residente a SAN MARCELLINO

in via STARZA n. 9

proclamata A eletta A alla carica di Consigliere Comunale nelle recenti consultazioni elettorali amministrative, con la presente

**DICHIARO**

che nei miei confronti non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità di cui di cui ai decreti legislativi 18-8-2000, n. 267, 31-12-2012, n. 235 e 8-4-2013, n. 39.

Distinti saluti.

Data 07/06/2016

Paola Barone  
Firma