

Al Sig. Sindaco del Comune di
SAN MARCELLINO

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

Io sottoscritt DE CRISTOFARO FRANCESCO

nat 0 a SAN. MARCELLINO il 01-12-1961

e residente a SAN. MARCELLINO

in via ORVIETO n. 012

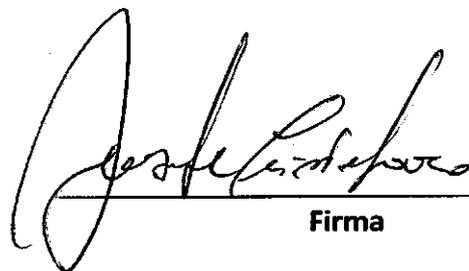
proclamat 0 elett 0 alla carica di Consigliere Comunale nelle recenti consultazioni elettorali amministrative, con la presente

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


Firma