

Al Sig. Sindaco del Comune di
SAN MARCELLINO

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

Io sottoscritto SAGLIANO ANGELO
nato a SAN MARCELLINO il 28/06/1967
e residente a SAN MARCELLINO
in via TIVOLI n. 8

proclamato elett 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

Sagliano Angelo
Firma