

Data

N.B. DA RESTITUIRE

Al Sig. Sindaco del Comune di

S. MARCELLINO

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

Io sottoscritt A. CAMPANELLO VALERIA
 nat A a AVERSA il 08/07/1995
 e residente a S. MARCELLINO
 in via F. PETRARCA n. 14
 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 ai decreti legislativi 18-8-2000, n. 267, 31-12-2012, n. 235 e 08-04-2013, n. 39.

Con l'occasione Le comunico in calce alla presente i dati relativi alla mia persona necessari per gli adempimenti burocratici.

Distinti saluti.


 Firma

Cognome e Nome: CAMPANELLO VALERIA
 nato/a a AVERSA il 08/07/1995
 Residente: S. MARCELLINO Tel. 3336585424
 Via: F. PETRARCA n. 14
 Codice Fiscale: CARVLR55L48A512E
 Titolo di studio: LAUREA MAGISTRALE
 Professione: LIBERO PROFESSIONISTA
 Mail/Pec: Valeria.campanello.94@gmail.com