

07/10/2021 N.B. DA RESTITUIRE

Al Sig. Sindaco del Comune di

San Marcellino

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

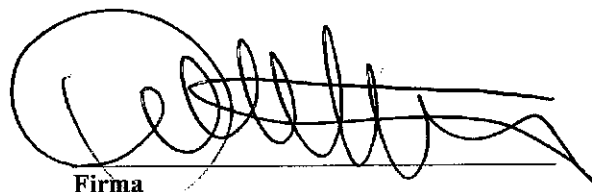
Io sottoscritt CONTE ANDREA
 nato a S. MARCELLINO (CE) il 20/06/1953
 e residente a S. MARCELLINO
 in via ROMA, 142 n. _____
 proclamato eletto alla carica di Consigliere Comunale nelle recenti consultazioni elettorali amministrative, con la presente

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: CONTE ANDREA
 nato/a a S. MARCELLINO il 20/06/1953
 Residente: S. MARCELLINO Tel. 338-18146500
 Via: ROMA n. 142
 Codice Fiscale: CNTNR53H20H978D
 Titolo di studio: GEOMETRIA DIPLOMA SUPERIORE
 Professione: GEOMETRA IN PENSIONE
 Mail/Pec: _____