

Data 07/10/2021N.B. DA RESTITUIRE

Al Sig. Sindaco del Comune di

SAN MARCELINO

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

Io sottoscritt A COSTANZO MADDALENAnat A a AVERSA il 19/02/1990e residente a SAN MARCELINOin via ISEPIA n. 21

proclamat A elett 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 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.

Cosimo Melluso  
Firma

Cognome e Nome: COSTANZO MADDALENAnato/a a AVERSA il 19/02/1990Residente: SAN MARCELINO Tel. 331-56-33-721Via: ISEPIA n. 21Codice Fiscale: CSTMDL90B59A512DTitolo di studio: LICENZA MEDIAProfessione: INPIEATAMail/Pec: lenaloscouto19290@gmail-com