

Data _____

N. B. D. RESTITUIRE

Al Sig. Sindaco del Comune di _____

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

Io sottoscritt D ANIELLO LUIGI
 nat a SAN MARCELLINO il 11-12-1976
 e residente a SAN MARCELLINO
 in via TOSCANINI n. 9
 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: D ANIELLO LUIGI
 nato/a SAN MARCELLINO il 11-12-1976
 Residente: SAN MARCELLINO Tel. 338-34-63-376
 Via: TOSCANINI n. 9
 Codice Fiscale: DNCCGU76TMH978G
 Titolo di studio: LICENZA MEDIA
 Professione: IMPREDITORE
 Mail/Pec: LUIGI@AGROSTRUZIONI@CIBERO.IT