

N.B. DA RESTITUIRE

A1444/01

Data 04/10/2021

Al Sig. Sindaco del Comune di

San Marcellino

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

Io sottoscritt DE MARCO CRESCENZO
nat o a SAN MARCELLINO il 16/01/1964
e residente a SAN MARCELLINO
in via ROMA n. 121
proclamat o elett o 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.

J. Marco Crescenzo
Firma

Cognome e Nome: DE MARCO CRESCENZO
nato/a a SAN MARCELLINO il 16/01/1964
Residente: SAN MARCELLINO Tel. 338 24 92 110
Via: ROMA n. 121
Codice Fiscale: DMRCSC64P16H978F
Titolo di studio: DIPLOMA SUPERIORE
Professione: FUNZIONARIO SANITARIO
Mail/Pec: crescenzo@comune.sanmarcellino.it