

Data

N.B. DA RESTITUIRE

Al Sig. Sindaco del Comune di

COMUNE DI SAN MARCELLINO

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

Io sottoscritt EUGENIO MAISTO
 nat a AVERSA il 13-09-1979
 e residente a SAN MARCELLINO
 in via OLERO n. 10
 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 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: MAISTO EUGENIO
 nato/a a AVERSA il 13-09-1979
 Residente: SAN MARCELLINO Tel. 883 8138226
 Via: OLERO n. 10
 Codice Fiscale: MSTGNE79P13A5126
 Titolo di studio: DIPLOMA SUPERIORE
 Professione: IMPRENDITORE
 Mail/Pec: _____