

Oggetto: **verifica motivi di ineleggibilità ed incompatibilità ad assumere la carica di**
[] ASSESSORE
 CONSIGLIERE COMUNALE

Il sottoscritto/a, COGNOME Nome, nato/a a CORTONA il 19-07-61, attualmente residente nel Comune di CORTONA

DICHIARA


che nei miei confronti non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità di cui ai Decreti Legislativi

- 18-8-2000, n.267
- 31-12-2002, n. 235
- 8-4-2013, n.39

Distinti saluti

Cortona, data 19.7.2011

FIRMA

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Piero...', written over a horizontal line.