

Comune di Cortona

Pr: (A) 2023/0033665

del 17/10/2023

Al Sindaco del Comune di Cortona



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

Il sottoscritto/a, COGNOME Nome, nato/a a D. Bernardini Valeria, 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 09/10/2023

FIRMA Di Bernardini Valeria