

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

Il sottoscritto/a, COGNOME Nome, nato/a a _____ il _____, attualmente residente
nel Comune di _____

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 _____

FIRMA _____