

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

Il sottoscritto/a BIGLIAZZI VANESA ~~COGNOME~~ ^{Nome}, nato/a a PERUGIA il 05/04/1988, 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 15/01/2020

FIRMA Vanessa Bigliazzi