

Data 28/05/2014

Comune di Foiano della Chiana  
Prot **20140008131**  
Data prot 04-06-2014  
Codice Ente D\_649 Tipo A  
Tit. 2 Cla 9 Fas. C  
SEGRETARIO COMUNALE

Al Sig. Sindaco del Comune di

FOIANO DELLA CHIANA

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

Io sottoscritt A BIGLIAZZI ELENA  
nat A a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
proclamat A elett A 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 ai Decreti Legislativi 18-8-2000, n. 267, 31-12-2012, n. 235 e 8-4-2013, n. 39.

Distinti saluti.

Bigliami Elena

Firma