

Data _____

Comune di Foiano della Chiana
Prot. **20140008092**
Data prot. 03-06-2014
Codice Ente D_648 Tip. 0
T.t. 2 Cla 9 Fas 0
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 CATERINA CORTI

nat A a _____ il _____

e residente a _____

in via _____ n. _____

proclamata A eletta 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.

Firma

