

Data _____

Comune di Foiano della Chiana
Prot. **20140007983**
Data prot 30-05-2014
Codice Ente D_648 Tipc :
Tit. 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. ALICE GERVASI
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 di cui ai Decreti Legislativi 18-8-2000, n. 267, 31-12-2012, n. 235 e 8-4-2013, n. 39.

Distinti saluti.

Alice Gervasi
Firma