

Al Sig. Sindaco del Comune di
LORETO APRUTINO

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

Io sottoscritt^a Vallozza Manuela
nat^a a Pescara il 05/11/1960
e residente a Loreto Aprutino
in via Via degli Uliveti n. 26
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 08-04-2013, n. 39.

Distinti saluti.

Data 19/05/2023

Firma

