

Al Sig. Sindaco del Comune di

LORETO APRUTINO

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

Io sottoscritt _____,

nat ___ a _____ il _____

e residente a _____

in via _____ n. _____

proclamat___ elett___ 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 _____

Firma

