

Data _____

Al Sig. Sindaco del Comune di

FOSINA

**OGGETTO: VERIFICA MOTIVI DI INELEGGIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ AD ASSUMERE
LA CARICA DI CONSIGLIERE COMUNALE.**

Io sottoscritt MICHELA CERVO
nat 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 08-04-2013, n. 39.

Con l'occasione Le comunico in calce alla presente i dati relativi alla mia persona necessari per gli adempimenti burocratici.

Distinti saluti.

Cervo Michela

Firma