Data 06-10-2026

Al Sig. Sindaco del Comune di
POSINA

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

Io sottoscritt[o/a] NICOLE SELLA,
nat[o/a] a [redacted] il [redacted]
e residente a [redacted]
in via [redacted] n. [redacted]
proclamat[o/a] elett[o/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 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.

Firma