

Data

27/05/26

Al Sig. Sindaco del Comune di

Posina

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

Io sottoscritt

ZARBONPaolo

nato a

[REDACTED]

il

[REDACTED]

e residente a

[REDACTED]

in via

[REDACTED]

n.

[REDACTED]

proclamato eletto 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.



Firma