



Castelnuovo ne' Monti, li, _____

Al Sig. Sindaco del Comune di
CASTELNUOVO MONTI

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

Io sottoscritta SABRINA FIORI,
nata a Genova il 21/05/1963 ed ivi residente in Via Casino 26
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 18/08/2000 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