COMUNE DI CASTELNOVO NE' MONTI
13 GIU. 2024
Prot. N. 10015
Cat. ..... Cl. ..... Fasc. .....

Castelnovo ne' Monti, lì 11/06/2024

Al Sig. Sindaco del Comune di
CASTELNOVO NE' MONTI

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

La sottoscritta NARDINI IRMA SABINA,
nata a Castelnovo ne' Monti il 30/09/1972 ed ivi residente in Via Carnola 25
proclamata eletta alla carica di Consigliere Comunale del Comune di Castelnovo ne' Monti nella consultazione elettorale amministrativa dell'8-9 giugno 2024, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali per il rilascio di dichiarazioni mendaci, la formazione e/o l'utilizzo di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di non trovarsi in alcuna delle cause ostative all'assunzione della carica di Consigliere Comunale relative a:

- Incandidabilità (art. 10 del D.Lgs. n. 235/2012)
- Ineleggibilità (art. 60 del D.Lgs. n. 267/2000)
- Incompatibilità (art. 63 del D.Lgs. n. 267/2000)
- Inconferibilità ed incompatibilità (D.Lgs. 39/2013)

Di essere a conoscenza che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web istituzionale del Comune di Castelnovo ne' Monti sezione (amministrazione trasparente).

Di autorizzare il trattamento dei dati personali a norma del regolamento UE 2016/679 recepito con D.Lgs. 101/2018 per le finalità previste dalla legge.

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

Firma

Cognome e Nome: NARDINI IRMA SABINA
nata a Castelnovo ne' Monti il 30/09/1972
Residente: Castelnovo ne' Monti – Via Carnola 25
Tel. _____ Cell. 333/9695599
Codice Fiscale NRD RSB 72 P70 C219 D
Titolo di studio: DIPLOMA UNIVERSARIO
Professione OSTETRICA
Mail _____ - Pec: SABINA.NARDINI@PEC.OSTETRICHERE.IT
NARDINI.SPIGONI@ALICE.IT