

Data 07.10.2021

Al Sig. Sindaco del Comune di
TREPuzzi

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

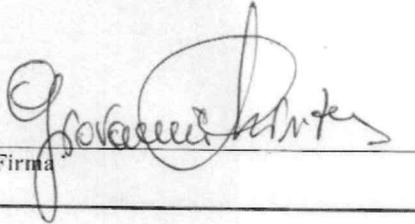
Io sottoscritt 0 CHIRIZZI GIOVANNI
nat 0 a SQUINEANO (LE) il 08.10.1954
e residente a TREPuzzi (LE)
in via TRENTO n. 8
proclamat 0 elett 0 alla carica di Consigliere Comunale nelle recenti consultazioni elettorali amministrative, con la presente

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