

Alla Segreteria del Comune di ALBAGIARA

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

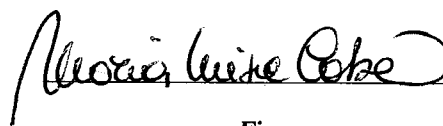
Io sottoscritta CABONI MARIA LUISA
nata a CAGLIARI il 27.04.1979
e residente a ALBAGIARA
in via CAGLIARI n. 76
proclamata eletta alla carica di **Consigliere Comunale** nelle recenti consultazioni elettorali amministrative, con la presente

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 8-4-2013, 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

Cognome e Nome: CABONI MARIA LUISA
nato/a a CAGLIARI il 27.04.1979
Residente: ALBAGIARA Tel. 349.3687624
Via: CAGLIARI n. 76
Codice Fiscale: CBNML579D67B354I
Titolo di studio: LAUREA
Professione: COMMESSE
E-mail/PEC: JOLIECABONI@TISCALI.IT

Indirizzo presso cui intendo ricevere le notifiche riguardanti la carica:

Via: SAN PIETRO n. 17