

Alla Segreteria del Comune di ALBAGIARA

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

Io sottoscritto DEDONI FABRIZIO
nato a MASULLAS (OR) il 01.06.1959
e residente a ALBAGIARA (OR)
in via CAGLIARI n. 54
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 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: DEDONI FABRIZIO
nato/a a MASULLAS (OR) il 01.06.1959
Residente: ALBAGIARA (OR) Tel. 0783 938291-3333275211
Via: CAGLIARI 8 n. 54
Codice Fiscale: DDN FRZ SR HQI FOSOP
Titolo di studio: LICENZA MEDIA
Professione: PENSIONATO
E-mail/PEC: dedoni.delta@tiscali.it

Indirizzo presso cui intendo ricevere le notifiche riguardanti la carica:

Via: 10 COMUNE ALBAGIARA n. _____