

**DICHIARAZIONE CONSIGLIERE COMUNALE
SULL'ASSENZA DI CAUSE INELEGGIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ
ALLA CARICA**

Data _____

COMUNE di S. VITO di FAGAGNA
13 GIU. 2024 PROT 3061
Cat. Clas. Fasc.

All'ufficio Segreteria del Comune di
SAN VITO DI FAGAGNA

OGGETTO: Dichiarazione insussistenza motivi di ineleggibilità e incompatibilità a ricoprire la carica di Consigliere Comunale

Io sottoscritt DESANTIS MIHELE
nat o a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
proclamat o elett o alla carica di Consigliere Comunale nelle recenti consultazioni elettorali amministrative, come da comunicazione del Sindaco prot. n. 3040 del 12/06/2024, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, con la presente

DICHIARO

che nei confronti dello/a scrivente non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità, di cui al D.Lgs. n. 267 del 18/08/2000, al D.Lgs. n. 235 del 31/12/2012 ed al D.Lgs. n. 39 del 08/04/2013, a ricoprire la carica di Consigliere del Comune di SAN VITO DI FAGAGNA.

Mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali cause di ineleggibilità e di incompatibilità che dovessero sopravvenire successivamente alla presente dichiarazione.

Con l'occasione, presa visione dell'informativa allegata ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, comunico in calce alla presente, i dati relativi alla mia persona necessari per gli adempimenti successivi.

Cordialmente.

Firma

[Firma illeggibile]

Allegare copia di documento di identità e codice fiscale.