

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI MOTIVI
DI INELEGGIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ A RICOPRIRE
LA CARICA DI SINDACO**



Data 13.06.2024

All'Ufficio di Segreteria del Comune di
SAN VITO DI FAGAGNA

OGGETTO: Dichiarazione insussistenza motivi di ineleggibilità e incompatibilità a ricoprire la carica di Sindaco del Comune di SAN VITO DI FAGAGNA

Io sottoscritto Zucchiari Lorisio
nat o a [redacted] il [redacted]
residente in [redacted] via [redacted] n. 2
proclamat o elett o alla carica di Sindaco nel Comune di SAN VITO DI FAGAGNA nelle consultazioni elettorali del 08/09.2024 come da comunicazione del Segretario Comunale prot. n. _____ del _____, 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

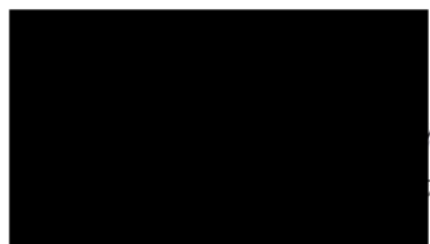
DICHIARO

che nei confronti dello 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 Sindaco 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.

Cordiali saluti.

 **Firma**

Allegare copia di documento di identità e codice fiscale.