

Data _____

Al Sig. Sindaco del Comune di

SASSANO

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

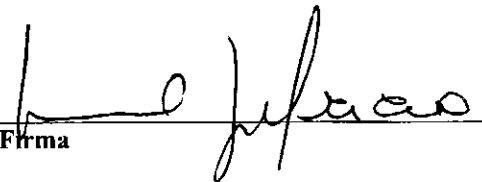
Io sottoscritt o RUSSO RIANFRANCO
nat o a POLLA (SA) il 24/06/1983
e residente a SASSANO (SA)
in via MERIDIONALE n. 54P
proclamat o elett o alla carica di Consigliere Comunale nelle recenti consultazioni elettorali amministrative, con la presente

DICHIARO

che nei miei confronti non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità di cui 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: RUSSO RIANFRANCO
nato/a a POLLA (SA) il 24/06/1983
Residente: SASSANO (SA) Tel. 3485287656
Via: MERIDIONALE n. 54P
Codice Fiscale: RSS RFR P3 H24 R793 H
Titolo di studio: MATURITA' SCIENTIFICA
Professione: DIPENDENTE

COMUNE DI SASSANO
Comune di Sassano
Protocollo N.0005386/2020 del 07/10/2020