

Oggetto: **verifica motivi di ineleggibilità ed incompatibilità ad assumere la carica di**

ASSESSORE

CONSIGLIERE COMUNALE
BARBARA SOLINA FORCARI

Il sottoscritto/a, COGNOME Nome, nato/a a C. LARO il _____, attualmente residente nel Comune di CORTONA

DICHIARA

che nei miei confronti non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità di cui ai Decreti Legislativi

- 18-8-2000, n.267
- 31-12-2002, n. 235
- 8-4-2013, n.39

Distinti saluti

Cortona, data 02/09/22

FIRMA 