

Oggetto: **verifica motivi di ineleggibilità ed incompatibilità ad assumere la carica di**  
[x] ASSESSORE  
[ ] CONSIGLIERE COMUNALE

Il sottoscritto/a, COGNOME Nome, nata a Arezzo il 21/09/1984, 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 12/01/2021

FIRMA 