

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

Il sottoscritto/a, Di BERARDINO VALEPIA, nato/a a _____ 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 17/09/2022

FIRMA Di Berardino Valeria