



prot. 6201
del 16-7-21

San Mauro Cilento, li 13-7-2021

Al Sig. Sindaco del Comune di
SAN MAURO CILENTO (SA)

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

Io sottoscritto/a DI GREGORIO PIETRO
Nato/a a SAN MAURO CILENTO (SA) il [redacted]
e residente a [redacted]
in Via [redacted] n. [redacted]

DICHIARO

che nei miei confronti non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità, di cui al D.Lgs. 18-8-2000, n. 267.

Con l'occasione Le comunico in calce alla presente i dati relativi alla mia persona necessari per gli adempimenti burocratici.

Allego documento identità

[Handwritten Signature]
FIRMA

Cognome e Nome: DI GREGORIO PIETRO
nato/a a SAN MAURO CILENTO il [redacted]
Residente in [redacted]
Codice Fiscale: [redacted]
Titolo di studio: [redacted]
Professione: [redacted]
Tel. [redacted]
Pec/ e-mail: [redacted]
[redacted]