

Al Sig. Sindaco del Comune di GALATONE

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

Io sottoscritt A SANDRA PAPA
nat A a NAROE (LE) il 11/06/1985
e residente a GALATONE (LE)
in via GIORGIO ALMIRANTE n. 30
proclamat eletta 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 ai decreti legislativi 18-8-2000, n. 267, 31-12-2012, n. 235 e 08-04-2013, n. 39.

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

Distinti saluti.

Galatone 29/07/2022


Firma