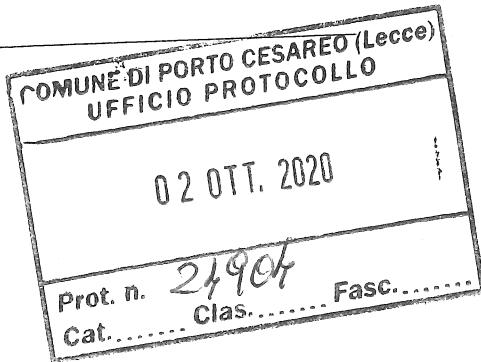


Data _____



Al Sig. Sindaco del Comune di _____

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

Io sottoscritt Felli Annalucia
 nat a Copertino il 14/06/99
 e residente a Porto Cesareo
 in via H. d. King n. 30
 proclamat a elett a 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.

Firma

Felli Annalucia

Cognome e Nome: Felli Annalucia
 nato/a a Copertino il 14/06/99
 Residente: Porto Cesareo Tel. 324 45 32 170
 Via: H. d. King n. 30
 Codice Fiscale: FIRNIC99M63C9485
 Titolo di studio: Diploma
 Professione: Guidatore
 Mail/Pec: ANNACOSIMO17@GMAIL.COM