

Al Sig. Sindaco del Comune di  
SAN MARCELLINO

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

Io sottoscritt De Cristoforo Maurizio  
nat<sup>o</sup> a S. Marcellino il 21/2/1963  
e residente a S. Marcellino  
in via Orvieto 18 n. \_\_\_\_\_

proclamat<sup>o</sup> elett<sup>o</sup> 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 di cui ai decreti legislativi 18-8-2000, n. 267, 31-12-2012, n. 235 e 8-4-2013, n. 39.

Distinti saluti.

Data 7/6/2016

[Firma]  
Firma