

Data _____



Al Sig. Sindaco del Comune di
VALLO DELLA LUCANIA - SEDE

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

Io sottoscritto/a PUGLIA VINCENTO
Nata/o a TERMOI (CB)
il 11/01/1956
e residente a VALLO DELLA LUCANIA
in via G. IANNOZZI n. 12
proclamata/o eletta/o in data **4 ottobre 2021** alla carica di **Consigliere Comunale** nelle recenti consultazioni elettorali amministrative del **3 e 4 ottobre 2021**, 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 8-4-2013, n. 39.

Con l'occasione, Le **comunico** in calce alla presente i dati relativi alla mia persona necessari per gli adempimenti burocratici ed **autorizzo** l'utilizzo dei recapiti ivi indicati per qualsiasi comunicazione o notificazione inerente la carica che non possa essere effettuata, per qualsiasi motivo, a mezzo messo comunale od altra modalità.

Distinti saluti.

Vincenzo Puglia
Firma

Cognome e Nome: PUGLIA VINCENTO
Nata/o a TERMOI il 11/01/1956
Residente in: VALLO
Via: G. IANNOZZI n. 12
Codice Fiscale: PGLVCN56A11C1130
Titolo di studio: LAUREA MEDICINA E CHIRURGIA - SPEC. NEFROLOGIA
Professione: MEDICO
Tel. 0971
Cell. 333
Mail: vine
Pec: vine

...OMISSIS...