

Data 07-10-2021



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 MARIO FARIELLO

Nata/o a VALLO DUE

il 27/05/1955

e residente a Vallo della Lucania

in via F. SorIELLO 8 n. _____

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.

Mario Farello
Firma

Cognome e Nome: FARIELLO MARIO

Nata/o a VALLO LUCANIA il 27/05/1955

Residente in: VALLO DELLA LUCANIA

Via: F. SORIELLO n. 8

Codice Fiscale: FRLHRA55E27L628R

Titolo di studio: LAUREA

Professione: MEDICO - ODONTOIATRA

Tel. 0974

Cell. 339-

Mail: mowc

Pec: Mowc

...OMISSIS,,,