

Data 17/6/2022

Al Sig. Sindaco del Comune di

LABICO (Pz)

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

Io sottoscritt o PAOLO GALLI
 nat o a COLLEFERRO il 11/5/88
 e residente a LABICO
 in via ROMA n. 27
 proclamat o elett o 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 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.

Paolo Galli
 Firma

Cognome e Nome: GALLI PAOLO
 nato/a a COLLEFERRO il 11/5/88
 Residente: LABICO Tel. -
 Via: ROMA n. 27
 Codice Fiscale: GLL PLA 88 D M C 8588
 Titolo di studio: LAUREA
 Professione: DIPENDENTE PUBBLICO
 Mail/Pec: paologalli1988@gtel.com