

Data 16/06/2022

Al Sig. Sindaco del Comune di
LABICO (RM)

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

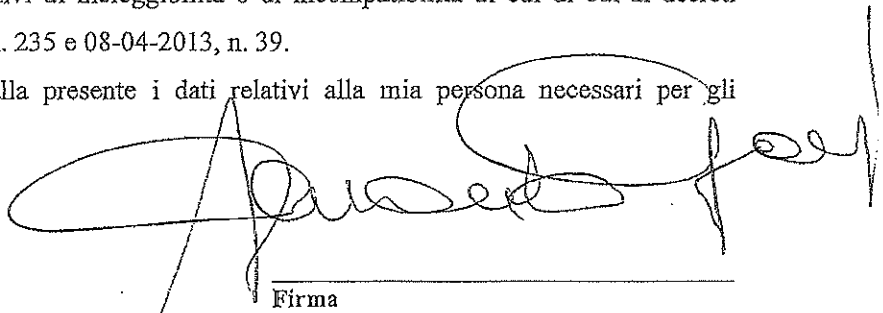
Io sottoscritto ALESSANDRO GALLI
nato a ROMA il 27/08/1973
e residente a LABICO
in via ROMA N. 23 n. _____
proclamato eletto alla carica di Consigliere Comunale nelle recenti consultazioni elettorali amministrative, con la presente

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

Cognome e Nome: GALLI ALESSANDRO
nato/a a ROMA il 27/08/1973
Residente: LABICO Tel. _____
Via: ROMA n. 23
Codice Fiscale: GALLI SM73M27N501N
Titolo di studio: DIPLOMA
Professione: LIB. PROFESSIONISTA
Mail/Pec: ALESSANDROGALLIOFFICE@PEC.BAFFETTI.IT