

Data \_\_\_\_\_



Comune di  
**Mongrassano**

Prot.N. 0002825 del 29/05/2014 - A  
Cat. 2 Cla. 6 Uff. Amministrativo



0201400 | 028254

Al Sig. Sindaco del Comune di

**MONGRASSANO**

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

Comunale.

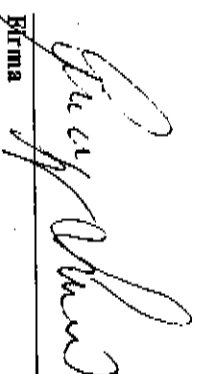
Io sottoscritt O **SACCO GIUSEPPE**  
nato O a **COSENZA** il 17/08/1987  
e residente a **MONGRASSANO**  
in via **CDA PRINCIVALLE N.** n. **64**  
proclamato O eletto O alla carica di Consigliere Comunale nelle recenti consultazioni elettorali amministrative, con la presente

**DICHIARO**

che nei miei confronti non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità di cui 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.

Distinti saluti.

  
Firma

Cognome e Nome: **SACCO GIUSEPPE**  
nato/a a **COSENZA** il **17/08/1987**  
Residente: **MONGRASSANO** Tel. \_\_\_\_\_  
Via: **CDA PRINCIVALLE** n. **64**  
Codice Fiscale: **SCGPP87MI7D086C**  
Titolo di studio: **DIPLOMA DI MATURITA' SCIENTIFICA**  
Professione: **STUDENTE**