

Data _____



Comune di
Mongrassano

Al Sig. Sindaco del Comune di
MONGRASSANO

Prot. N. 0002826 del 29/05/2014 - A
Cat. 2 Cla. 6 Uff. Amministrativo



0201400 | 028261

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

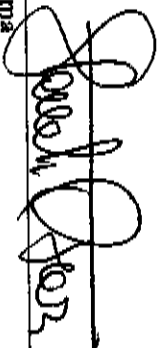
Io sottoscritt O STANGATI OSCAR
nat O a MONGRASSANO il 24/01/1972
e residente a MONGRASSANO
in via TOMMASO CAMPANELLA N. n. 6
proclamato 0 eletto 0 alla carica di Consigliere Comunale nelle recenti consultazioni elettorali amministrative, con la presente

DICHIARO

che nei miei confronti non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità di cui di 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: STANGATI OSCAR
nato/a MONGRASSANO il 24/01/1972
Residente: MONGRASSANO Tel. _____
Via: TOMMASO CAMPANELLA n. 6
Codice Fiscale: STNSCR72A24F370M
Titolo di studio: LICENZA MEDIA INFERIORE
Professione: AG. POLIZIA PENITENZIARIA