

Data 19-10-2021Al Sig. Sindaco del Comune di LAGO (CS)OGGETTO: **Verifica motivi di ineleggibilità e incompatibilità ad assumere la carica di Consigliere Comunale.**

Io sottoscritt COLLA MASSIMILIANO
 nat o a COSENZA il 13-07-1975
 e residente a APRIGLIANO
 in via C. DA S. NICOLA S.S. 178 n. 14
 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.

Firma

Cognome e Nome: COLLA MASSIMILIANO
 nato/a a COSENZA il 13.07.1975
 Residente: APRIGLIANO Tel. 328-5345279
 Via: C. DA S. NICOLA S.S. 178 n. 14
 Codice Fiscale: CLL MSM 75L13 2086W
 Titolo di studio: DIPLOMA DI GEOMETRA
 Professione: LIBERA PROFESSIONE
 Mail/Pec: COLLAMASSIMILIANO@GMAIL.COM