

**DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI
PER L'ELEGGIBILITÀ A CONSIGLIERE COMUNALE E DI NON SUSSISTENZA DI CAUSE DI
INELEGGIBILITÀ E DI INCOMPATIBILITÀ**

Al segretario Generale.....

Il/la Sottoscritto/a POLICASTRO GIOVANNI
Nato/a ALDINA il 27.06.1973
Residente a LETO F. LU via CARLO AZEVO CARINI n. 8
Professione INFER-PMWF Titolo di studio DIPLOMA INFER. PMWF
Tel. casa - Uff. 055-7949217 cell. 3474446788
Indirizzo mail GIOVANNIPOLICASTRO74@GMAIL.COM

chiamato a ricoprire la carica di Consigliere metropolitano di Firenze, ai sensi del Titolo III, Capo II del D.Lgs. n. 267/00 ss.mm.ii e del D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti per l'eleggibilità a Consigliere comunale;
- la non sussistenza di cause di ineleggibilità e di incompatibilità.

La/il sottoscritta/o consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 dell'art. 20 del richiamato Decreto Legislativo n. 39/2013, nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazione mendace, dichiara sotto la propria responsabilità, la completezza e la veridicità della situazione dichiarata e si impegna a segnalare tempestivamente, e comunque entro 10 giorni dal verificarsi della circostanza, modifiche rispetto a quanto contenuto nella presente dichiarazione.

Firenze, 20/1/2015

In fede
Policastro

Da restituire ad Alessandra Tozzi - Tel: 055/2760026- a.tozzi@provincia.fi.it