

**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 a _____ Andria _____ il _____ 27/04/1974 _____

Residente a _____ Sesto Fiorentino _____ Via _____ Largo Aldo Capitini _____ n. _____ 8 _____

Professione _____ Infer. Prof. _____ Titolo di studio _____ Diploma Infer. Prof. _____

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

D I C H I A R A

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

La/il sottoscritto/a 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, 20/01/2015

In fede

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