

**DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI
PER L'ELEGGIBILITA' A CONSIGLIERE COMUNALE E DI NON SUSSISTENZA DI CAUSE DI
INELEGGIBILITA' E DI INCOMPATIBILITA'**

Al Segretario Generale.....

Il/La Sottoscritto/a _____ COLLESEI STEFANIA _____
Nato/a _____ FIRENZE _____ il _____ 14/10/1956 _____
Residente a _____ ***** _____ Via _____ ***** _____ n. _____ *** _____
Professione _____ ***** _____ Titolo di studio _____ ***** _____
Tel. casa _____ ***** _____ Uff. _____ ***** _____ cell. _____ ***** _____
Indirizzo mail _____ ***** _____

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.

Il/La 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,

Da restituire ad Alessandra Tozzi

Tel: 055/2760026 – a.tozzi@provincia.fi.it