

Data 01/07/2024**Al Sindaco del Comune di
CASTEL MAGGIORE**

OGGETTO: Dichiarazione insussistenza motivi di incandidabilità, ineleggibilità e incompatibilità a ricoprire la carica di Assessore del Comune di CASTEL MAGGIORE .

Io sottoscritt A CERRE ANNAUSA,
nat A a [REDACTED] il [REDACTED]
e residente a [REDACTED]
in via [REDACTED] n. [REDACTED]
Codice Fiscale: [REDACTED]
Titolo di studio: [REDACTED]
Professione: [REDACTED]
E-mail [REDACTED]

a seguito della sua comunicazione prot. n. 18578 del 01.07.2024 consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace o contenente dati non rispondenti a verità, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARO

- ☒ Di accettare la nomina ad Assessore Comunale
- ☒ Che nei miei confronti non sussistono motivi di incandidabilità, ineleggibilità o di incompatibilità, ai sensi dei decreti legislativi 18-8-2000, n. 267, 31-12-2012, n. 235 e 8-4-2013, n. 39 a ricoprire la carica di Assessore del Comune di CASTEL MAGGIORE ;
- ☒ Ai sensi dell'art. 82 comma 1 del D. lgs 267/2000 di **non essere** soggetto alla riduzione del 50% dell'indennità di carica;
- ☐ (oppure) Ai sensi dell'art. 82 comma 1 del D. lgs 267/2000 di **essere** soggetto alla riduzione del 50% dell'indennità di carica;
- ☒ Di impegnarmi a comunicare tempestivamente l'insorgere di situazioni che comportino modifiche agli stati precedentemente dichiarati;

Distinti saluti.

[Signature]
Firma

(Allegato fotocopia di un documento d'identità in corso di validità)