

Al Sig. Presidente

Comunità Montana dell'Oltrepò Pavese

Varzi

Lì, 17-6-2019

OGGETTO: Verifica motivi di ineleggibilità e incompatibilità ad assumere la carica di membro dell'Assemblea della Comunità Montana.

Io sottoscritto__ _Christos Chlapanidas_____ ,
nato__ a _Larissa_____ il _13-05-1956_____
e residente a Brallo di Pregola_____
in via _Del Pozzo_____ n. _3____
proclamato__ eletto__ alla carica di Sindaco del Comune di Brallo di Pregola_____ nelle recenti
consultazioni elettorali amministrative,

DICHIARO

che nei miei confronti non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità di cui ai decreti legislativi 18-8-2000, n. 267, 31-12-2012, n. 235 e 8-4-2013, n. 39.

Con l'occasione Le comunico in calce alla presente i dati relativi alla mia persona necessari per gli adempimenti burocratici.

Distinti saluti.

Christos Chlapanidas

Firma



Cognome e Nome: ___ Christos Chlapanidas

nato/a a Larissa__ il 13-5-1956_

Residente Brallo di Pregola Via del Pozzo n. 3

Tel. 333 4605392_____

Codice Fiscale: CHLCRS56E13Z115P_____

Titolo di studio: Laurea in Farmacia_____

Professione: _Farmacista_____