

Al Sig. Presidente

Comunità Montana dell'Oltrepò Pavese

Varzi

Lì, _8.6.2019_____

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

Io sottoscritto PERNIGOTTI CELESTINO _____,

nato a VOGHERA il 6.8.1969__

e residente a __Ponte Nizza_____

in via __Molino del Conte_____ n. __22_____

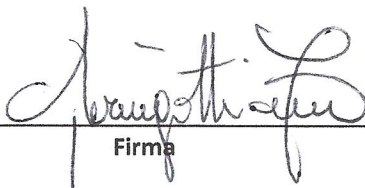
proclamato__ eletto__ alla carica di Sindaco del Comune di __PONTE NIZZA__ nelle recenti consultazioni elettorali amministrative,

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.


Firma

Cognome e Nome: __PERNIGOTTI CELESTINO__ nato/a a __VOGHERA__ il __6.8.1969__

Residente: __PONTE NIZZA__ Tel. 3394131645/3281453758__

Via: __MOLINO DEL CONTE__ n. __22__ Codice Fiscale: PRNCST69M06M109H__

Titolo di studio: __DIPLOMA RAGIONERIA__

Professione: __RESP. ZONA AZIENDA TRASPORTI PUBBLICI__