

Data \_\_\_\_\_

Al Sig. Sindaco del Comune di  
MONTEFORTE D'ALPONE

OGGETTO: **Verifica motivi di ineleggibilità e incompatibilità ad assumere la carica di Consigliere Comunale.**

Io sottoscritt BERTUZZI ORIANO,  
nat 07 MONTEFORTE D'ALPONE il 14-01-1958  
e residente a MONTEFORTE D'ALPONE  
in via SAN MARCO n. 34  
proclamat 0 elett 0 alla carica di Consigliere Comunale nelle recenti consultazioni elettorali amministrative, con la presente

**DICHIARO**

che nei miei confronti non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità di cui di cui ai decreti legislativi 18-8-2000, n. 267, 31-12-2012, n. 235 e 08-04-2013, 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  
**COMUNE DI  
MONTEFORTE D'ALPONE (VR)**  
- 7 GIU. 2019  
N° ..... Cl. ....  
Assegnato a .....