

All.7.DICHIARAZIONE DI NON SUSSISTENZA DI CAUSE DI INELEGGIBILTA', INCOMPATIBILITA' E INCANDIDABILITA'.

Al Presidente della Provincia di Modena

Il/Lasottoscritto/a.....

nato/a a il.....

CodiceFiscale

residente in _____ vian.....

C.A.P.Comune di.....(Prov.....),

Tel.....indirizzoe-mail.....

.....

Recapito (se diverso dalla residenza) Vian.....

C.A.P.....Comune di.....(Prov.....),

Tel.....indirizzo e-mail

.....

in riferimento all'avviso per la presentazione di proposte di candidatura per la designazione di un componente del Consiglio di Amministrazione dell ' Azienda Pubblica di Servizi alla persona "**CHARITAS- A.S.P: SERVIZI ASSISTENZIALI PER DISABILI** " di Modena " il/la sottoscritto/a con riferimento alla propria candidatura.

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R.

- di essere in possesso dei requisiti per l'eleggibilità a consigliere comunale;
- la non sussistenza di cause di ineleggibilità e incompatibilità ex art 60 e 63 del TU n°267/00;
- la non sussistenza di cause di incandidabilità ex D.lgs 235/12 .

Data

.....
(firma)

Allegati:

- copia di un documento di identità valido del/della candidato