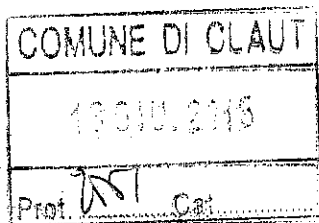


Data 10/06/2015



Al Sig. Sindaco del Comune di

CLAUT

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


Io sottoscritt O FRATTINO SILVANO  
nat O a PORDENONE il 02/10/1980  
e residente a CLAUT  
in via VILLAGGIO VAJONT # n. 4  
proclamat O elett O 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 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: FRATTINO SILVANO  
nato/a a PORDENONE il 02/10/1980  
Residente: CLAUT Tel. \_\_\_\_\_  
Via: VILLAGGIO VAJONT n. 4  
Codice Fiscale: FRT SVN 80 R 02 6888 P  
Titolo di studio: DIPLOMA DI SCUOLA SUPERIORE  
Professione: STUDENTE