

All.3.DICHIARAZIONE DI NON SUSSISTENZA DI CAUSE DI INELEGGIBILTA', INCOMPATIBILITA' E INCANDIDABILITA'

Al Presidente della Provincia di Modena

Il/La sottoscritto/a PAURIZIA GRECARDI

nato/a a il

Codice Fiscale

residente in via n.

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

Tel. indirizzo e-mail

Recapito (se diverso dalla residenza)

Via n.

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

Tel. indirizzo e-mail

in riferimento alla presentazione di candidature per la designazione di n°2 componenti del Consiglio di Indirizzo dell'ente "FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO 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
- avere l'esercizio dei diritti civili e politici;
- non avere riportato condanne per reati non colposi, anche col rito del patteggiamento, a pena detentiva, anche se convertita in pena pecuniaria, ovvero condanne per reati tributari, e non essere stati sottoposti a misure di prevenzione e di sicurezza.

Mi impegno ad informare immediatamente la Provincia di Modena di ogni evento che modifichi la presente dichiarazione.

Data 20/02/2022

.....
(firma)

Allegati:

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