

Al signor Sindaco del
Comune di Castel di Lama
Via Carrafo , 22
63082 Castel di Lama (AP)

Il sottoscritto _____ , nato a _____ il

_____ il
Residente a _____ , in via _____ n.

_____ il
Codice fiscale _____ , tel/

cell _____

e-mail/PEC _____

DICHIARA

La propria disponibilità ad essere nominato in qualità di Amministratore Unico della società
Farmacia Comunale Lama srl

A tal fine dichiara inoltre:

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art 76
del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

- a) Di essere cittadino _____;
- b) Di essere in possesso dei requisiti di candidabilità, eleggibilità e compatibilità alla carica di consigliere comunale;
- c) Di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità, incompatibilità e di esclusione previste dal bando e dalla normativa vigente;
- d) Di aver preso visione dello Statuto della Società Farmacia Comunale srl;
- e) Di autorizzare la comunicazione e il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196.

Data _____

Firma _____

Allega:

- Curriculum vitae
- Fotocopia del documento d'identità