

<b>COMUNE DI ALIFE (CE)</b> 002 - 61 PROTOCOLLO GENERALE
18 GIU 2018
PROT. N. <u>7307</u>



**Città di Alife (CE)**  
Provincia di Caserta

Al Sig. Sindaco di Alife

Oggetto: *verifica motivi di incandidabilità, ineleggibilità e incompatibilità ad assumere la carica di Consigliere Comunale.*

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCANDIDABILITA' INELEGGIBILITA', E INCOMPATIBILITA'  
ALLA CARICA DI CONSIGLIERE COMUNALE  
(dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 del DPR 445/2000)

IL/La sottoscritto VINCENZO GUADAGNO  
nato a PIEDIMONTE MATESE il 2/10/1971  
e residente a ALIFE in via STAZIONE  
n. 4

-proclamato eletto alla carica di Consigliere Comunale nelle consultazioni elettorali amministrative del 10 giugno 2018;  
-presa visione della normativa vigente in materia di incandidabilità, ineleggibilità ed incompatibilità per la carica di Consigliere Comunale

DICHIARA  
Sotto la propria responsabilità

- di non trovarsi in alcuna delle condizioni ostative di ineleggibilità e di incompatibilità di cui agli artt.60 e seguenti del D. Lgs 267/2000 e ss.mm.ii.;
- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incandidabilità di cui agli artt.10 e 11 del D. Lgs.235/2012;
- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui al D. Lgs. 39/2013;
- di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR n.445/2000 per le eventuali dichiarazioni mendaci qui sottoscritte.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D. Lgs n.196/2003.

Alife, li 17/6/2018

IL DICHIARANTE

Si allega copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore.

Cognome **GUADAGNO**  
 Nome **VINCENZO**  
 nato il **02/10/1971**  
 (atto n. **354** p. **I** a **1971**)  
 a **PIEDIMONTE MAROSE (CE)**  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **ALIFE**  
 Via **PIAZZALE STAZIONI 1.1**  
 Stato civile \_\_\_\_\_  
 Professione \_\_\_\_\_  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura **m. 1.80**  
 Capelli **CASTANI**  
 Occhi **VERDI**  
 Segni particolari **NESSUNO**



Firma del titolare  
 Il SINDACO  
*[Signature]*  
 [Stamp]

COMUNE DI **ALIFE**  
 DIRITTI **EURO 5,68**  
 CARTA D'IDENTITÀ

Scade **02/10/2023**

**AT 6653889**

REPUBBLICA ITALIANA  
 COMUNE DI **ALIFE**  
**CARTA D'IDENTITÀ**  
**N° AT 6653889**  
 DI **GUADAGNO VINCENZO**