

Al Sindaco del Comune di Montevarchi
Piazza Varchi n. 3/5
52025 MONTEVARCHI (AR)

Il sottoscritto COGNOME **BERNARDONI** NOME **FULVIO**

Data di nascita 20/03/1958 _____ Comune di nascita SAN GIOVANNI VALDARNO Provincia AR

Comune di residenza MONTEVARCHI Provincia AREZZO

Via GRAMSCI n. 51/A CAP 52025 TEL 339/3968565

Professione **MEDICO**

PROPONE

La propria candidatura alla designazione di componente del Consiglio di Amministrazione della Asp Montevarchi, **da svolgere a titolo gratuito.**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

- 1) di essere in possesso della cittadinanza italiana, ovvero di essere in possesso della cittadinanza del seguente stato membro della Unione Europea _____ e (in tal caso) di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana e di godere dei diritti civili e politici nella Stato di appartenenza;
- 2) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di MONTEVARCHI ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalla lista medesima;
- 3) di non aver riportato condanne penali passate in giudicato né di avere procedimenti penali in corso;
- 4) di non trovarsi in alcuna situazione di ineleggibilità e di incompatibilità alla carica di Consigliere Comunale prevista dal D.Lgs n. 267/2000.

Il sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'avviso e di sottostare a tutte le condizioni previste con la nomina. La presentazione della presente candidatura implica il consenso al trattamento dei propri dati personali D. Lgs. n. 196/03.

Data 23/12/2021

Firma

