

Spett. Presidente

Avis Comunale di Amatrice

Li, _____, ___/___/_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ASSENZA DI INCOMPATIBILITA'

*DI CUI ART. 18, CO. 2, REGOLAMENTO NAZIONALE AVIS, ART. 2, CO. 17, D.LGS
117/2017*

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il ___/___/_____ e residente a
_____,
Via/Piazza
_____, n. _____ CAP _____, C.F.
_____ ed iscritto all'Avis Comunale di Amatrice

DICHIARA

- **di non versare nelle situazioni di ineleggibilità di cui all'art. 20, comma 3, Statuto Provinciale e art. 21, comma 3, Statuto Regionale** (Detenzione della medesima carica per più di due mandati consecutivi compresi anche quelli già iniziati e poi interrotti per qualsiasi causa nonché quelli svolti ai sensi di cui al combinato disposto dei commi 9, 10 e 11 dell'art. 11, salvo che i mandati medesimi siano stati svolti per periodi non superiori ad un anno);
- **di versare nelle situazioni di ineleggibilità di cui all'art. 20, comma 3, Statuto Provinciale e art. 21, comma 3, Statuto Regionale** (Detenzione della medesima carica per più di due mandati consecutivi compresi anche quelli già iniziati e poi interrotti per qualsiasi causa nonché quelli svolti ai sensi di cui al combinato disposto dei commi 9, 10 e 11 dell'art. 11, salvo che i mandati medesimi siano stati svolti per periodi non superiori ad un anno).

In fede

Firma