

Al Sig. Sindaco del Comune di  
COGOLETO

OGGETTO: Verifica motivi di ineleggibilità e incompatibilità ad assumere la carica di Consigliere Comunale.

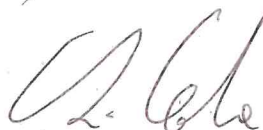
Io sottoscritto COLA SIMONA, nato a SAVONA  
il 27/04/1967 e residente a COGOLETO,  
Via/Piazza ACRIFOGLIO 25, eletto alla carica di Consigliere Comunale nelle  
consultazioni amministrative dei giorni 20/21 settembre 2020, con la presente

**DICHIARO**

che nei miei confronti non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità di cui ai decreti legislativi 18-8-2000, n. 267, 31-12-2012, n. 235 e 8-4-2013, n. 39.

Con l'occasione Le comunico in calce alla presente i dati relativi alla mia persona necessari per gli adempimenti burocratici.  
Distinti saluti.

Cogoleto, 30/09/2020



Firma

---

Cognome e Nome: COLA SIMONA  
nato/a a SAVONA il 27/04/1967  
Residente a: COGOLETO Via/Piazza ACRIFOGLIO 25  
Codice Fiscale: CLOSNN67D67I6ROV  
Cellulare: 3403300934  
Email: SIMONA.COLA@ASL3.LIGURIA.IT  
Titolo di studio: TECNICO DIAGNOSTICO  
Professione: TECNICO DI LABORATORIO