



COMUNE DI BARI

Ripartizione Segreteria Generale

ALLEGATO A1

AUTOCERTIFICAZIONE CONCERNENTE I CONTRIBUTI E I FINANZIAMENTI IN QUALSIASI FORMA O MODO EROGATI RICEVUTI PER LA CAMPAGNA ELETTORALE

Io sottoscritto MARIA CHIARA ADDABBO in qualità di:

- ☐ Sindaco pro-tempore
☐ Consigliere nominato Assessore pro-tempore
☐ Consigliere comunale pro-tempore
☒ Presidente del Municipio...IV... pro-tempore
☐ Consigliere del Municipio..... pro-tempore

del Comune di Bari nato a BARI, il 11/10/1993 ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 2 della legge 441/1982 così come modificata dal D.Lgs. 33 del 14 marzo 2013 sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze e responsabilità anche penali nel caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 19,46 e 47 D.P.R. 445/2000

DICHIARA

quanto di seguito si riporta:

- ☐ di NON aver ricevuto in campagna elettorale finanziamenti e contributi in qualsiasi forma e modo erogati anche indirettamente compresa la messa a disposizione di servizi;
☒ di aver ricevuto in campagna elettorale, anche indirettamente, i seguenti finanziamenti e contributi in qualsiasi forma e modo erogati compresa la messa a disposizione di servizi:

Soggetto erogante	Soggetto beneficiario	Importo contributo
[REDACTED]	MARIA CHIARA ADDABBO	200,00
[REDACTED]	MARIA CHIARA ADDABBO	250,00
[REDACTED]	MARIA CHIARA ADDABBO	30,00

Bari, li 10/10/2024

Il Dichiarante
Maria Chiara Addabbo

N.B. Alla presente dichiarazione allegare copia del documento di identità del sottoscrittore.

 **REPUBBLICA ITALIANA**
MINISTERO DELL'INTERNO
CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD
COMUNE DI / MUNICIPALITY
BARI

CA46567BU



COGNOME / SURNAME
ADDABBO
NOME / NAME
MARIA CHIARA
LUOGO E DATA DI NASCITA
PLACE AND DATE OF BIRTH
BARI (BA) 11.10.1993
SESSO / SEX
F STATURA / HEIGHT
155
EMISSIONE / ISSUING
18.07.2018
FIRMA DEL TITOLARE
HOLDER'S SIGNATURE



CITTADINANZA / NATIONALITY
ITA
SCADENZA / EXPIRY
11.10.2028
215138

 **REPUBBLICA ITALIANA**
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

 **Codice Fiscale** **DDBMCH93R51A662T** Sesso **F**

Cognome **ADDABBO**
Nome **MARIA CHIARA**
Luogo di nascita **BARI**
Data di scadenza **01/08/2029** **Provincia** **BA**
Data di nascita **11/10/1993**


Dati sanitari regionali

