



Il/La sottoscritto/a SARNO ROBERTO titolare dell'incarico politico di
CONSIGLIERE MUNICIPALE del Comune di Napoli,

☒ la moglie/ il marito _____

☒ i genitori _____

☒ il/i fratello/i - la/le sorella/e _____

☐ il/i figlio/i - la/le figlia/e _____

☐ altri parenti entro il secondo grado (specificare) _____

Napoli, 06.10.2025

Firma

Firma 