

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI CONFERMA DEL POSSESSO DEI REQUISITI DI COMPATIBILITA' ALLA CARICA RICOPERTA PRESSO IL COMUNE DI MOLFETTA (art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013).

Al Sig. Segretario Generale
Comune di Molfetta

Il/la sottoscritto/a, IPOLITA MARIA DE REGUA
nato/a a MOLFETTA il 20/10/1989 residente a MOLFETTA
Via EROI DI PEFALONIA 12
carica ricoperta CONSIGLIERE COMUNALE, giusta DEL. CC N° 1 DEL 25/4/13
del _____

Dichiaro

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, che, con riferimento alla detta carica, non sussistono cause di incompatibilità, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013. Si autorizza il trattamento dei dati di cui alla presente dichiarazione.

Molfetta, 5/10/15

Firma
Ipolita Maria de Regua

Allega: documento di identità personale

Cognome **de CEGLIA**
 Nome **IPPOLITA MARIA**
 nato il **20/10/1989**
 (atto n. **585 P. I. S. A.**)
 a **MOLFETTA (BA)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **MOLFETTA**
 Via **VIA EROI DI CEFALONIA n. 12 p. 3**
 Stato civile ********
 Professione **IMPIEGATA**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **170 cm**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **AZZURRI**
 Segni particolari



Firma del titolare *Ippolita Maria de Ceglie*
MOLFETTA **09/04/2015**

Impronta del dito indice sinistro

SINDACO
IL FUNZIONARIO DELEGATO
Nappi Angela


