

**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, ROBERTO LA CRISTA  
nato/a a MOLFETTA il 28/09/76 residente a POLESINA  
Via C. DA PINO "VILLA ARMONIA"  
carica ricoperta CONSIGLIERE COMUNALE, giusta \_\_\_\_\_  
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, 07/10/2015

Firma

Roberto La Crista

Allega: documento di identità personale