

**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, IPPOLITA MARIA DE CEGLIA  
nato/a a MOLFETTA il 20/10/89, residente a MOLFETTA  
Via EROI DI CEFALONIA 12  
carica ricoperta CONSIGLIERE COMUNALE giusta atto di proclamazione DEL 17/7/13

**DICHIARA,**

**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, 30/9/2014

Firma  
Ippolita M. de Ceglia

Allega: documento di identità personale.