

**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, FATINO SAVERIO  
nato/a a MOLFETTA il 13.02.1959, residente a MOLFETTA  
Via D. RANCIATI 8  
carica ricoperta CONSIGLIERE COMUNALE, giusta atto di proclamazione del 11.09.2013

**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, 30/9/2013

Firma  
Fatino Saverio

Allega: documento di identità personale.