

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 GAGLIARDI DOMENICO
nato/a a TERLIZZI (BA) il 14/04/1983 residente a MOLFETTA
VIA VICO FORTUNATO, 8
carica ricoperta CONSIGLIERE COMUNALE giusta atto di proclamazione _____

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, 18/09/2014

Firma

Domenico Gagliardi

Allega: documento di identità personale.