

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, AMATO ANGELA MARIA ROSARIA
nato/a a MOLFETTA il 20/5/60, residente a MOLFETTA
via VICO SCIBINICO, 2,
carica ricoperta ASSESSORE, giusta atto di proclamazione NOMINA D.S. 14/06/2013

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, 30/9/2014

Firma

Angela Maria Amato

Allega: documento di identità personale.