

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

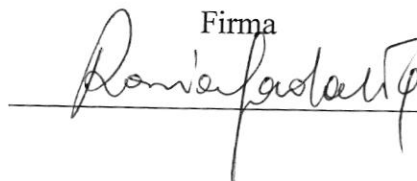
Il/la sottoscritto/a, GABALETA ROSARIA
nato/a a MOLFETTA il 23.02.1963 residente a E/IOVINAZZO
Via B. TRIPES 29/1
carica ricoperta ASSESSORE giusta D. S. n. 37215
del 14.06.2013

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, 08 - ottobre - 2015

Firma



Allega: documento di identità personale