

**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 SAVERIO DE SIMONE, 3/4  
carica ricoperta CONSIGLIERE COMUNALE, giusta ATTO DI PROCLAMAZIONE  
del 17/07/2013

**Dichiaro**

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, 6/10/2015


Firma  
Domenico Gagliardi

Allega: documento di identità personale

Cognome **GAGLIARDI**  
 Nome **DOMENICO**  
 nato il **14/04/1983**  
 (atto n. **426 p. I S. A**)  
 a **TERLIZZI(BA)**  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **Molfetta**  
 Via **VCO FORTUNATO n. 8**  
 Stato civile **.....**  
 Professione **AVVOCATO**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **180 cm**  
 Capelli **CASTANI**  
 Occhi **VERDI**  
 Segni particolari.....



Firma del titolare **Domenico Gagliardi**  
**MOLFETTA** li **12/08/2013**

impronta del dito indice sinistro

Ordinatore Sindaco  
 Molfetta

