

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).

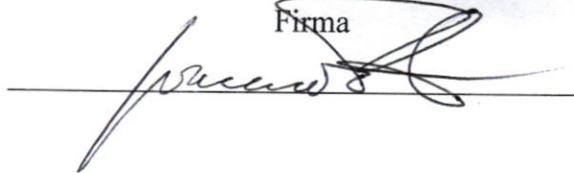
Al Sig. Segretario Generale
Comune di Molfetta

Il/la sottoscritto/a, PORTA GIOVANNI
nato/a a MOLFETTA il 16/07/1978 residente a MOLFETTA
Via SOLFERINO 18
carica ricoperta CONSIGLIERE COMUNALE, giusta D.C.C. n.1 DEL 25/7/2013
del _____

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


Allega: documento di identità personale

