

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

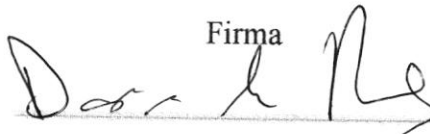
Comune di Molfetta

Il/la sottoscritto/a, DE ROBERTIS DARIO
nato/a a TRANI il 04/11/1992 residente a MOLFETTA
Via S. D'ACQUISTO N. 29
carica ricoperta CONSIGLIERE COMUNALE Eggiusta
del _____

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, 29 . 11 . 2018

Firma


Allega: documento di identità personale