

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

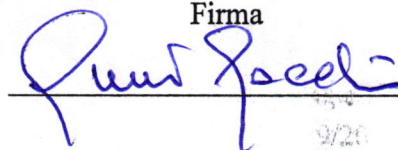
Il/la sottoscritto/a, FACCHINI GIOVANNI
nato/a a MOLFETTA il 02.12.1967 residente a MOLFETTA
Via ENRICO FERRI 57
carica ricoperta CONSIGLIERE COMUNALE giusta DELIBERA E.C. N. 1
del 10.08.2017

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.

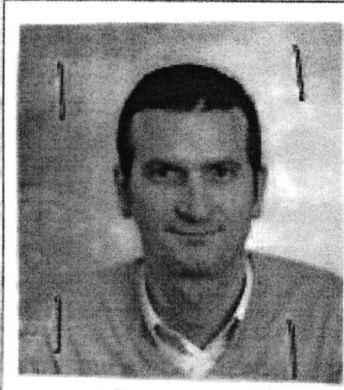
Molfetta, 15/11/2019

Firma



Allega: documento di identità personale

Cognome **FACCHINI**
 Nome **GIOVANNI**
 nato il **02/12/1967**
 (atto n. **1006** I S. A)
 a **MOLFETTA(BA)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **Molfetta**
 Via **VIA AURELIO SAFFI n. 120**
 Stato civile **coniugato**
 Professione **IMPIEGATO**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **182 cm**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari


 Firma del titolare *Giovanni Facchini*
MOLFETTA 28/01/2010
 Impronta del dito indice sinistro
 IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
 (Napoli Angelo)
