

**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**

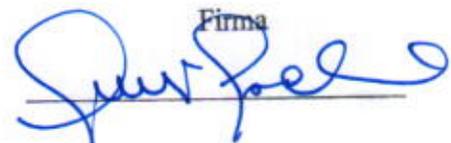
**Comune di Molfetta**

Il/la sottoscritto/a, FACCHINI GIOVANNI  
nato/a a MOLFETTA il 02.12.1967 residente a MOLFETTA  
Via ENRICO FERMI 57  
carica ricoperta CONSIGLIERE COMUNALE giusta DELIBERAZIONE C.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, 22 DIC, 2020

Firma  


Allega: documento di identità personale

Handwritten text, possibly a name or title.

SS DIC 5050

Handwritten signature or name.