

**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, SPADA VECCHIA VINCENZO

nato/a a MOLFETTA il 16.01.1966 residente a MOLFETTA

Via _____

carica ricoperta ASSESSORE giusta Decreto Sindacale n. 58.05

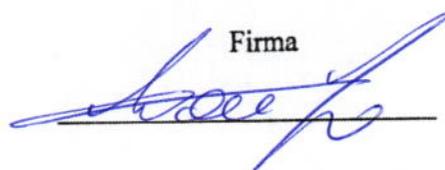
del 21.01.2021

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, 25 MAR. 2022

Firma



Allega: documento di identità personale