

**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, AZZOLLINI GABRIELLA  
nato/a a BARI il 29/1/1988 residente a MOLFETTA  
Via SARARELLI n°/C  
carica ricoperta \_\_\_\_\_ giusta D. S. M. 42993  
del 27.07.2017

**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, 06.02.2019

Firma



Allega: documento di identità personale