

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI CONFERMA DEL POSSESSO DEI REQUISITI DI COMPATIBILITÀ ALLA CARICA RICOPERTA PRESSO IL COMUNE DI MOLFETTA (art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013).

Al Sig. Segretario Generale
Comune di Molfetta

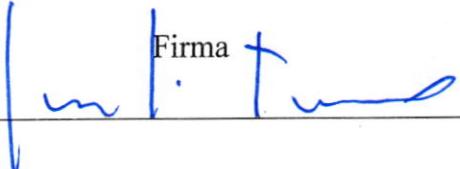
Il/la sottoscritto/a, SPALAZZETTA TE DEASO
nato/a a MOLFETTA il 21.10.51 residente a MOLFETTA
Via 1.10. ALZARITA, 104
carica ricoperta ASSESSORI COMUNALI giusta NOTA n. 62585
del 27.08.2015

D i c h i a r a

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, 01.10.2015

Firma



Allega: documento di identità personale