

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, GABRIELLA ZHOLLINI
nato/a a BARI il 29.09.1988 residente a MOLFETTA
Via _____
carica ricoperta ASSESSORE giusta Decreto S. n. 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, 19 DIC. 2019

Firma



Allega: documento di identità personale