

**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, PANUNZIO ANGELA  
nato/a a BISCEGLIE il 08/06/1976 residente a MOLFETTA  
Via \_\_\_\_\_  
carica ricoperta ASSESSORE giusta Decreto Sindacale n. 42776  
del 06/07/2018

**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, 9 DIC. 2019

Firma  
[Firma]

Allega: documento di identità personale