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, MANCINI PASQUALE MARIA

nato/a a MOLFETTA il 19.04.1962 residente a MOLFETTA

Via _____

carica ricoperta CONSIGLIERE giusta D.C.C. n. 51

del 30-10-2018

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, 10 DIC. 2019

Firma

Allega: documento di identità personale