

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

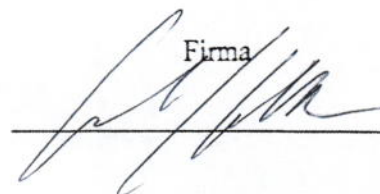
Comune di Molfetta

Il/la sottoscritto/a SPADAVICCHIA FULVIO OBER
nato/a a MOLFETTA il 3/2/73 residente a MOLFETTA
Via SIGISMONDO 52
carica ricoperta CONSIGLIERO COMUNALE giusta Delibera n. 1 C.C. n. 1
del 10.08.2017

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, 17/3/2022

Firma


Allega: documento di identità personale

Cognome **SPADAVECCHIA**
Nome **FULVIO OBERDAN**
nato il **03/02/1973**
(atto n. **114 p. I S. A**)
a **MOLFETTA (BA)**
Cittadinanza **ITALIANA**
Residenza **MOLFETTA**
Via **VIA SIGISMONDO n. 52 p. 1**
Stato civile ********
Professione **IMPRENDITORE**
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALENTI
Statura **181 cm**
Capelli **CASTANI**
Occhi **CASTANI**
Segni particolari



Firma del titolare
MOLFETTA 15/11/2016

Imposta del citr.
D. ORDINE DEL SINDACO
Vitantonio Della Valle Di Pompei

IL SINDACO



Scadenza: 03/02/2027



AX 6925803

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
MOLFETTA

CARTA D'IDENTITA'

N° **AX 6925803**

DI

SPADAVECCHIA FULVIO OBERDAN