

OGGETTO: DICHLARAZIONE 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 sottoscritt/a MANCINI PASQUALE  
nato/a MOLFETTA il 19.04.1962 residente a MOLFETTA  
Via \_\_\_\_\_  
carica ricoperta CONSIGLIERE COMUNALE giusta Deliberazione 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, 30. 03. 2022

Firma

Allega: documento di identità personale