



DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

APELLIDOS Y NOMBRE _____

D.N.I. _____

- FUNCIONARIO/A DE CARRERA DEL CUERPO _____
- FUNCIONARIO/A INTERINO/A DEL CUERPO _____
- PERSONAL EVENTUAL
- FUNCIONARIO/A EN PRÁCTICAS DEL CUERPO _____
- PERSONAL LABORAL/CONTRATADO LABORAL _____

TOMA POSESIÓN POR:

- NUEVO INGRESO
- REINGRESO
- COMISION SERVICIOS
- CONCURSO/LIBRE DESIGNACION
- ADSCRIPCION PROVSIONAL

Declaro que a los efectos previstos en el Art. 10 de la Ley 53/84, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas y del Art. 13 del Real Decreto 598/85, de 30 de abril, declaro que no viene desempeñando ningún puesto o actividad en el sector público ni realiza actividades privadas incompatibles o que requieran reconocimiento de compatibilidad.

Tampoco percibe pensiones de jubilación, retiro u orfandad por derechos pasivos o por cualquier régimen de la Seguridad Social público y obligatorio.

Madrid, a de de 202

Fdo.