



DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

APELLIDOS _____ NOMBRE _____

Cuerpo, Escala o Categoría _____ Código _____

D.N.I. _____

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| - Funcionario de Carrera | <input type="checkbox"/> | Toma de posesión por: | |
| - Funcionario interino | <input type="checkbox"/> | o Nuevo ingreso | <input type="checkbox"/> |
| - Funcionario eventual | <input type="checkbox"/> | o Proc. exced. volunt. | <input type="checkbox"/> |
| - Contratado laboral | <input type="checkbox"/> | o Proc. serv. espec. | <input type="checkbox"/> |
| - Contratado administrativo | <input type="checkbox"/> | o Proc. excd. Forzosa | <input type="checkbox"/> |
| - Estatutario | <input type="checkbox"/> | o _____ | <input type="checkbox"/> |

El abajo firmante, a los efectos previstos en el artículo diez de la Ley 53/84, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas y del artículo 13.1 del Real Decreto 598/85, de 30 de abril, declara 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 pensión de jubilación, retiro u orfandad por derechos pasivos o por cualquier régimen de la Seguridad Social público y obligatorio.

Fecha y firma.