DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

D./Dña. ..... con DNI .....

CUERPO : .....

DESTINO: .....

El abajo firmante, 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, 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 obligatorio.

Fecha de efectos de la toma de posesión: ……..…..…..…. de ……..……... de 202…..

(A cumplimentar por la Administración)

Fdo.: .....

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública le informa que sus datos personales, obtenidos mediante este formulario, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado.
Si lo desea, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos por la Ley, dirigiendo un escrito a la Delegación Territorial de la Junta de Andalucía, en Sevilla, sita en C/ M.ª Auxiliadora n.º 13, 41071 Sevilla. En el caso de que sólo una parte de los datos recogidos sea imprescindible para el fin que se recaban, se deberá informar de qué parte es obligatoria y qué parte es voluntaria.