

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

APELLIDOS:

NOMBRE:

D.N.I.:

CUERPO, ESCALA O CATEGORÍA:

CÓDIGO PUESTO (a rellenar por la Administración):

Toma de posesión por:

Funcionario de carrera ☐

Funcionario Interino ☐

Nuevo ingreso ☐

Proc. Exced. Volunt. ☐

Proc. Exced. Forzosa ☐

Concurso de traslado ☐

Comisión de servicio ☐

Sust. Vert./Horiz ☐

Reincorp. Pto. Def. ☐

El abajo firmante, a los efectos previstos en el artículo 10 de la Ley 53/1984 de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas y del artículo 13.1 del Real Decreto 598/1985, 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 público y obligatorio.

Fecha y firma de la toma de posesión

