

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

YO, _____

CON D.N.I. _____ DEL CUERPO DE _____

_____ CON DESTINO EN _____

CÓDIGO DEL PUESTO _____

A LOS EFECTOS PREVISTOS EN LA LEY 53/84, DE 26 DE DICIEMBRE, DE INCOMPATIBILIDADES DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS, DECLARO QUE NO VENGO DESEMPEÑANDO NINGÚN PUESTO O ACTIVIDAD EN EL SECTOR PÚBLICO, NI REALIZO ACTIVIDADES PRIVADAS INCOMPATIBLES O QUE REQUIERAN RECONOCIMIENTO DE COMPATIBILIDAD.

TAMPOCO PERCIBO PENSIÓN DE JUBILACIÓN, RETIRO U ORFANDAD POR DERECHOS PASIVOS O POR CUALQUIER RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO OBLIGATORIO.

LOS EFECTOS DE LA PRESENTE DECLARACIÓN ESTÁN REFERIDOS AL DÍA

_____ DE _____ DE _____, **FECHA DE LA TOMA DE POSESIÓN.**

Para que conste y a los efectos oportunos firmo la presente

en _____ a _____ de _____ de _____

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública le informa de 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, en Cádiz, sito en Calle Fernando el Católico 3, 11071 - Cádiz.

