

DECLARACION JURADA DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

Apellidos: _____ Nombre _____

Cuerpo, Escala o Categoría _____

Código _____ D.N.I. _____

- Funcionario de Carrera	_____	Toma de Posesión por :	_____
- Funcionario Interino	_____	Nuevo ingreso	_____
- Funcionario Eventual	_____	Proc. Exc. Volunt.	_____
- Contratado Laboral	_____	Proc. Esc. Forzosa	_____
- Contratado Administrativo	_____	Proc. Exc. Espec.	_____
- Estatutario	_____	_____	_____

El abajo firmante, a los efectos previstos en el Art. 10 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas y del Art. 13.1 del Real Decreto 598/89, de 30 de abril, declara que no viene desempeñando ningún puesto o actividad en el sector público ni realiza actividades privadas incompatibles 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

