

DECLARACION DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

APELLIDOS:.....NOMBRE.....

CUERPO, ESCALA O CATEGORÍA.....CÓDIGO.....

FUNC. DE CARRERA

FUNC. EN INTERINIDAD

FUNC. EVENTUAL

CONTRATO LABORAL

CONTRATO ADMINISTRATIVO

ESTATUTARIO

☐☐☐☐☐☐

TOMA DE POSESION:

NUEVO INGRESO

PROC.EXCEDENCIA VOLUNT.

PROC.SERV.ESPECIALES

PROC.EXCEDENCIA FORZOSA

☐☐☐☐

La persona abajo firmante, a los efectos previstos en el artículo 10 de la Ley 53/87 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 vengo desempeñando ningún puesto o actividad en el sector público, ni realizo actividades privadas incompatibles o que requieran reconocimiento de compatibilidad.

Que no percibo pensión de jubilación o retiro por derechos pasivos o por cualquier régimen de la Seguridad Social, público y obligatorio.

Málaga, dede 200..

Fdo.: