

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ NIF: _____

TOMA POSESIÓN COMO:¹ _____

POR:² _____

El abajo firmante, cuyos datos personales figuran arriba, 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, y del art. 13.1 del R.D. 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 Social Público y Obligatorio.

En Elche, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____

¹ FUNCIONARIO DE CARRERA, INTERINO, EVENTUAL, CONTRATO LABORAL, CONTRATO ADMINISTRATIVO, ESTATUTARIO.

² NUEVO INGRESO, PROCEDENTE DE EXCEDENCIA VOLUNTARIA, SERVICIOS ESPECIALES, EXCEDENCIA FORZOSA, CAMBIO DE CATEGORÍA/CUERPO/ESCALA