ANEXO Nº 1

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellidos: |  | | | | Nombre: | |  |
| Cuerpo, Escala o Categoría: | | |  | | | | |
| Código: | |  | | | |  | |
| D.N.I.: | |  | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cuerpo: |  | Toma de posesión por: |  |
| * Funcionario de carrera: |  | * Nuevo Ingreso: |  |
| * Funcionario interino: |  | * Procedencia de excedencia voluntaria: |  |
| * Funcionario eventual: |  | * Procedencia de excedencia forzosa: |  |
| * Contratado temporal: |  | * Procedencia de servicios especiales: |  |
| * Estatutario: |  |  |  |

El abajo firmante a los efectos previstos en el artículo 10 de la Ley 53/84, 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 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.

Fecha y firma,