

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

Apellidos: Nombre:

Categoría:

D.N.I.:

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| - Funcionario de carrera | <input type="checkbox"/> | Formalización de contrato por: | |
| - Funcionario interino | <input type="checkbox"/> | - Nuevo ingreso | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - Funcionario eventual | <input type="checkbox"/> | - Proc. exc. vol | <input type="checkbox"/> |
| - Contratado laboral | <input checked="" type="checkbox"/> | - Proc. serv. esp | <input type="checkbox"/> |
| - Contratado administrativo | <input type="checkbox"/> | - Proc. exc. forzosa | <input type="checkbox"/> |
| - Estatutario | <input type="checkbox"/> | - Otros | <input type="checkbox"/> |

El abajo firmante a los efectos previstos en el artículo diez 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 desde la fecha de inicio de mi contrato laboral en la categoría indicada.

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