

ANEXO N°1**DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD**

Apellidos

Nombre

Cuerpo, escala o categoría

D.N.I.

☐	Funcionario de carrera
☐	Funcionario interino
☐	Funcionario eventual
☐	Contratado laboral
☐	Contratado administrativo
☐	Estatutario

	Toma posesión por:
☐	Nuevo ingreso
☐	Proc. excd. volunt.
☐	Proc. serv. espec.
☐	Proc. exced. forzosa

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 el 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,

En _____, a ____ de _____ de 20____

Firma: _____