

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO POR INCOMPATIBILIDAD

APELLIDOS:

NOMBRE: _____ con DNI: _____

Como Funcionario interino de la Especialidad de
, para tomar posesión por nuevo ingreso.

El/la 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 u obligatorio.

Madrid, a _____

Firma: _____

DECLARACIÓN JURADA O PROMESA

APELLIDOS:

NOMBRE: _____ con DNI: _____

Declara bajo **JURAMENTO / PROMESA** (tachar lo que no proceda), a efectos de ser nombrado funcionario interino, que no ha sido separado, mediante expediente disciplinario, del servicio de ninguna Administración Pública, ni hallarse inhabilitado para el ejercicio de funciones públicas.

Y para que conste, en cumplimiento de lo dispuesto en las Disposiciones vigentes para tomar posesión del cargo, firma la presente en:

Madrid, a _____

Firma: _____