



Comunidad
de Madrid

DAT MADRID CAPITAL
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO POR INCOMPATIBILIDAD

_____ con DNI: _____

y domiciliad@ en: _____

como funcionari@ de carrera del cuerpo de _____

y de la especialidad de: _____

para Toma de Posesión por **Reingreso**

A los efectos previstos en el artículo 10 de la Ley 53/1984 de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas y del artículo 13.1 del Real Decreto 598/1985 de 30 de abril, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Entres, Organismos y Empresas dependientes,

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 Seguridad Social, público y obligatorio.

Madrid, _____

Firma del interesado

