

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO POR INCOMPATIBILIDAD

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

DNI: _____

Como Funcionario/a Interino/Prácticas en el
Cuerpo de _____
en la Especialidad de _____

Para tomar posesión por Nuevo Ingreso,

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 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 Seguridad Social, público y obligatorio.

Alcalá de Henares, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____

DECLARACIÓN JURADA / PROMESA

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

DNI: _____

CUERPO: _____

con domicilio en: _____

declara bajo juramento/promesa (*), a efectos de ser nombrado funcionario interino/prácticas (*), que no ha sido separado del servicio en ninguna de las Administraciones Públicas y que no se halla inhabilitado para el ejercicio de funciones públicas.

Alcalá de Henares, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____

(*) Tache lo que **NO** proceda