



DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

D./D.^a

, con D.N.I. / N.I.E. nº

El/la abajo firmante, a efectos de ser nombrado/a funcionario/a del cuerpo de _____, de conformidad con lo establecido en el art. 10 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al servicio de las Administraciones Públicas y el art. 13 del R.D. 598/1985, de 30 de abril, declara que no desempeña ningún puesto o actividad pública ni realiza actividades privadas sujetas a incompatibilidad.

Tampoco percibe pensión de jubilación, retiro u orfandad, por derechos pasivos o por cualquier régimen de la Seguridad Social público y obligatorio.

En _____, a _____ de _____ de 20

Fdo.: