



MODELO I

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

Apellidos: Nombre:

Consejería: Dependencia:

D. N. I.

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

TOMA DE POSESIÓN POR:

- Nuevo ingreso
- Proc. Exc. Volunt.
- Proc. Serv. Espec.
- Proc. Exc. forzosa
- Concurso de méritos
- Otros

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 5 del Decreto 6/1995, de 15 de febrero, declara que no viene desempeñando otro 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