

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

D/D.^a

DNI:

CUERPO:

CÓDIGO PUESTO:

El abajo firmante, a los efectos previstos en el art.10 de la Ley 53/84, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, 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 obligatorio.

Fecha de efectos de la Toma de posesión:

Sevilla, de de 2023