

## DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I. / N.I.E.
CUERPO, ESCALA, CATEGORÍA	CÓD. PLAZA

- Funcionario/a interino/a      **Toma de posesión por:**  
 Nuevo ingreso

La persona 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 del 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 la Seguridad Social público y obligatorio.

Fdo.: .....

