



DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO POR INCOMPATIBILIDADES Y DECLARACIÓN JURADA O PROMESA

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ **DNI/NIE:** _____

Como funcionario interino del Cuerpo de _____,
para tomar posesión por nuevo ingreso:

- ✓ 1. El/la 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 y que tampoco percibe pensión de Jubilación, Retiro u Orfandad por Derechos Pasivos o por cualquier Régimen de la Seguridad Social público u obligatorio.
- ✓ 2. Declara bajo _____, a efectos de ser nombrado funcionario interino, que no ha sido separado, mediante expediente disciplinario, del servicio de ninguna Administración Pública, ni hallarse inhabilitado para el ejercicio de funciones públicas.
- ✓ 3. Declara no estar en ninguna situación que impida formalizar su nombramiento y el correspondiente alta en Seguridad Social (enfermedad, permiso por maternidad, paternidad, adopción, etc...)

OBSERVACIONES:

Y para que conste, en cumplimiento de lo dispuesto en las disposiciones vigentes para tomar posesión del cargo, firma la presente en:

_____, a

Firma: