

ANEXO I

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO POR INCOMPATIBILIDAD

Apellidos _____ Nombre _____

Cuerpo, Escala o Categoría _____ código _____

D.N.I. _____

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| - Funcionario de carrera | <input type="checkbox"/> | Toma posesión por: | |
| - Funcionario interino | <input type="checkbox"/> | Nuevo ingreso | <input type="checkbox"/> |
| - Funcionario eventual | <input type="checkbox"/> | Proc. Exced. Voluntaria | <input type="checkbox"/> |
| - Contratado laboral | <input type="checkbox"/> | Proc. Serv. Espec. | <input type="checkbox"/> |
| - Contratado administrativo | <input type="checkbox"/> | Proc. Excd.forzosa | <input type="checkbox"/> |
| - Estatutario | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |

El abajo firmante, a los efectos previstos en el artículo diez 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.

Granada, a _____ de _____ de 201_

Fdo.: