



DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

D./D^a. _____

con D.N.I. _____

Categoría: _____

El/La abajo firmante, a los efectos previstos en el art.10 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas y del art. 13.1 del Real Decreto 598/1985, de 30 de abril.

DECLARA,

que no viene desempeñando ningún puesto o actividad en el sector público ni realiza actividades privadas incompatibilidades 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 pública y obligatoria.

En _____, a _____ de _____ de 202 ____

Fdo. _____

A/A GERENTE ÁREA GESTIÓN SANITARIA SUR GRANADA