



DECLARACION DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

APELLIDOS:

NOMBRE:

N.I.F.:

Toma de Posesión por:

- FUNCIONARIO DE CARRERA ☐
- FUNCIONARIO INTERINO ☐
- CONTRATADO LABORAL ☐

El 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 R.D. 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 compatibilidades.

Fdo.-

En Sevilla, a de de