

## DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

Don/Doña \_\_\_\_\_,

con DNI número \_\_\_\_\_.

Que presta sus servicios en:

Sector privado o autónomo (*indicar nombre de la empresa*)

Sector público

- Administración:

- Relación de servicios (*funcionario, contratado...*):

En caso de trabajar en la Administración Pública, indicar:

• Está en el Régimen de la Seguridad Social:  Sí  No

*En caso negativo indicar en cuál:* \_\_\_\_\_

• Cobra antigüedad:  Sí  No

*(en caso negativo adjuntar un certificado)*

• Cobra pagas extras:  Sí  No

*(en caso negativo adjuntar un certificado)*

### DECLARA

Que de acuerdo con lo establecido en la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades de Personal al Servicio de las administraciones públicas, no está afectado de incompatibilidad.

Y para así conste, lo firmo en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firmado