

## DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO POR INCOMPATIBILIDAD

**APELLIDOS:** .....

**NOMBRE:** .....

**DNI:** .....

**Como funcionario/a en prácticas del Cuerpo de** .....

**Especialidad:** .....

El abajo firmante, a los efectos previstos en el artículo diez de la Ley 53/1984 de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas y del artículo 13.1 del Real Decreto 598/1985, de 30 de abril, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Entes, Organismos y Empresas dependientes.

**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 Seguridad Social, público y obligatorio.

Madrid, a .....de ..... de 2022

(Firma)