

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO POR INCOMPATIBILIDAD

D./Dña. _____ con DNI _____

CUERPO :

DESTINO (Órgano Judicial y Población):

CÓDIGO DEL PUESTO:

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 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 reconocimientos de compatibilidad.

Tampoco percibe pensión de jubilación, retiro u orfandad por derechos pasivos o por cualquier régimen de la Seguridad Social público y obligatorio.

Fdo.:

ADVERTENCIA LEGAL:

La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a esta declaración responsable o la no presentación ante la Administración competente de la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar.

Asimismo, la resolución de la Administración Pública que declare tales circunstancias podrá determinar la obligación de la persona interesada de restituir la situación jurídica al momento previo al reconocimiento del derecho, así como la imposibilidad de instar un nuevo procedimiento con el mismo objeto durante un período de tiempo determinado por la ley, todo ello conforme a los términos establecidos en las normas sectoriales de aplicación.



