



**DECLARACION DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD**

APELLIDOS.....

NOMBRE.....D.N.I.....

CUERPO,ESCALA O CATEGORIA      Expendedores de boletos y taquillas

CODIGO .....

**DECLARACION DE VINCULACION**

**TOMA DE POSESION POR**

- |                          |                                     |                               |                          |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| - Funcionario de carrera | <input type="checkbox"/>            | - Nuevo ingreso               | <input type="checkbox"/> |
| - Funcionario interino   | <input type="checkbox"/>            | - Proc. Excedencia voluntaria | <input type="checkbox"/> |
| - Funcionario eventual   | <input type="checkbox"/>            | - Proc. Servicio especial     | <input type="checkbox"/> |
| - Contratado laboral     | <input checked="" type="checkbox"/> | - Proc. Excedencia forzosa    | <input type="checkbox"/> |
|                          |                                     | - .....                       | <input type="checkbox"/> |

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 598/85, 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 compatibilidad.

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

(Fecha y firma),