

## DECLARACION DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDADES

APELLIDOS \_\_\_\_\_.  
NOMBRE \_\_\_\_\_.  
N.I.F.: \_\_\_\_\_ Núm. Afiliación Seg. Social.: \_\_\_\_\_.  
N. TELEFONO \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_.  
CUERPO, ESCALA O CATEGORIA \_\_\_\_\_.  
CODIGO \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_.  
SUSTITUYE A D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_.  
CAUSA DE LA SUSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_.  
(Enfermedad, Maternidad, Asuntos Propios, .....)  
CENTRO DE DESTINO: \_\_\_\_\_.  
FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_.

### TOMA DE POSESION POR:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Funcionario de carrera    | <input type="checkbox"/> Nuevo Ingreso           |
| <input type="checkbox"/> Funcionario en prácticas  | <input type="checkbox"/> Proc. Exced. Voluntaria |
| <input type="checkbox"/> Funcionario interino      | <input type="checkbox"/> Proc. Serv. Especiales  |
| <input type="checkbox"/> Contratado laboral        | <input type="checkbox"/> Proc. Exced. Forzosa    |
| <input type="checkbox"/> Contratado administrativo | <input type="checkbox"/> Concurso de méritos     |
| <input type="checkbox"/> Estatutario               | <input type="checkbox"/> Comisión de servicios   |

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.

Melilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201  
(Firma)

## DECLARACION JURADA

D/Dña \_\_\_\_\_,  
CON DOMICILIO EN \_\_\_\_\_,  
C.P. \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ Y CON DOCUMENTO NACIONAL DE  
IDENTIDAD \_\_\_\_\_, DECLARA BAJO JURAMENTO O  
PROMESA A EFECTOS DE SER NOMBRADO/A FUNCIONARIO/A DEL CUERPO DE  
\_\_\_\_\_ QUE NO HA SIDO SEPARADO/A DEL  
SERVICIO DE NINGUNA DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS Y QUE NO SE  
HALLA INHABILITADO/A PARA EL EJERCICIO DE FUNCIONES PUBLICAS.

Melilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201  
(Firma)

Los datos personales recogidos en el presente formulario, serán tratados conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Su finalidad es la tramitación de su solicitud y sus datos no serán cedidos ni usados para otro fin. El responsable de este fichero es la Dirección Provincial de Educación de Melilla, ante el cual podrá ejercitar, debidamente acreditado, los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición de sus datos personales, dirigiendo su petición al Sr. Director Provincial en C/ Cervantes 6, 52001 Melilla.

## DATOS PARA INCLUSION EN NOMINA

### PERSONALES:

- 1.1 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_.
- 1.2 Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_.
- 1.3 Número D.N.I. \_\_\_\_\_.
- 1.4 Estado Civil y Número de hijos: \_\_\_\_\_.
- 1.5 Domicilio: \_\_\_\_\_.
- 1.6 Código Postal: \_\_\_\_\_.

### PROFESIONALES:

- 2.1 Cuerpo al que pertenece: \_\_\_\_\_.
- 2.2 Centro de Destino: \_\_\_\_\_.
- 2.3 Especialidad a impartir: \_\_\_\_\_.
- 2.4 Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_.
- 2.5 Sustituye a D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_.
- 2.6 Causa de la Sustitución: \_\_\_\_\_.

(Enfermedad, Maternidad, Asuntos Propios, .....)

### ECONOMICOS:

**3.1 Número de C/C o Libreta:**

Iban		Cód. Entidad	Cód. Sucursal	D.C.	Número Cuenta														
E	S																		

**3.2 Mutualidad a la que cotiza:**

Seguridad Social     Muface     Otro: \_\_\_\_\_

**3.3 Número de Afiliación Seg. Social:** \_\_\_\_\_

Los datos personales recogidos en el presente formulario, serán tratados conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Su finalidad es la tramitación de su solicitud y sus datos no serán cedidos ni usados para otro fin. El responsable de este fichero es la Dirección Provincial de Educación de Melilla, ante el cual podrá ejercitar, debidamente acreditado, los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición de sus datos personales, dirigiendo su petición al Sr. Director Provincial en C/ Cervantes 6, 52001 Melilla.

# Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

## Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo  
**145**

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

**Atención:** la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

### 1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF  Apellidos y Nombre  Año de nacimiento

**Situación familiar:**

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento .....
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas .....

NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge) .....

- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.) .....

**Discapacidad** (grado de minusvalía reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% ....  Igual o superior al 65% ....  Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida .....

**Movilidad geográfica:** Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado .....

### 2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

		Hijos o descendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)			Cómputo por entero de hijos o descendientes	
		Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.				
Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Atención:** Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

### 3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

		Ascendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)			Convivencia con otros descendientes	
		Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.				
Año de nacimiento		Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida		
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).

### 4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

**Pensión compensatoria en favor del cónyuge.** Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial .....

**Anualidades por alimentos en favor de los hijos.** Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial .....

### 5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

**Importante:** sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla .....

### 6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del perceptor: \_\_\_\_\_

Fdo.: D / D.ª \_\_\_\_\_

### 7. Acuse de recibo

La empresa o entidad: \_\_\_\_\_  
acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora: \_\_\_\_\_

Fdo.: D / D.ª \_\_\_\_\_

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

**Ejemplar para la empresa o entidad pagadora**

## Autorización para Consultar la Inexistencia De Antecedentes De Delitos Sexuales

El que suscribe, cuyos datos se consignan a continuación, autoriza expresamente a la Dirección Provincial de Educación de Melilla a realizar la "Consulta de Inexistencia de Antecedentes de Delitos Sexuales" y a la "Consulta de Datos de Identidad". El objeto de estas consultas es cumplir los requisitos expresados en la Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

### Datos del Titular

NIF / NIE / PASAPORTE

NOMBRE

NACIONALIDAD

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

SEXO

Empresa, Entidad u Organismo:

### Datos de Nacimiento

FECHA

### Lugar de Nacimiento

En caso de ser España:

CCAA

PROVINCIA

LOCALIDAD

En caso de ser otro país:

PAIS

LOCALIDAD

### Nombre de Progenitores

NOMBRE DEL PADRE

NOMBRE DE LA MADRE

### Datos de Contacto

E-MAIL

TELEFONO

En

a

de

de

Firma del titular:

### Cláusula de protección de datos

Los datos personales recogidos en el presente formulario, serán tratados conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Su finalidad es la tramitación de su solicitud y sus datos no serán cedidos ni usados para otro fin. El responsable de este fichero es la Dirección Provincial de Educación de Melilla, ante el cual podrá ejercitar, debidamente acreditado, los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición de sus datos personales, dirigiendo su petición al Sr. Director Provincial en C/ Cervantes 6, 52001 Melilla.