

## 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, .....)

- Funcionario de carrera
- Funcionario en prácticas
- Funcionario interino
- Contratado laboral
- Contratado administrativo
- Estatutario

### TOMA DE POSESION POR:

- Nuevo Ingreso
- Proc. Exced. Voluntaria
- Proc. Serv. Especiales
- Proc. Exced. Forzosa
- Concurso de méritos
- 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)

DATOS PARA INCLUSION EN NOMINA

PERSONALES:

- 1.1 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_.
- 1.2 Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_.
- 1.3 N.R.P: \_\_\_\_\_.
- 1.4 Número D.N.I. \_\_\_\_\_.
- 1.5 Estado Civil y Número de hijos: \_\_\_\_\_.
- 1.6 Domicilio: \_\_\_\_\_.
- 1.7 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

**3.2 Mutualidad a la que cotiza:**

---

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

---