

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 _____.
SUSTITUYE A D./D^a. _____.
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 _____,
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^a. _____.
- 2.6 Causa de la Sustitución: _____.

(Enfermedad, Maternidad, Asuntos Propios,)

ECONOMICOS:

- 3.1 Número de C/C o Libreta de Ahorros:

| Cód. Entidad | Cód. Sucursal | D.C. | Número Cuenta |
|--------------|---------------|------|---------------|
| | | | |
- 3.2 Mutuality a la que cotiza: _____
- 3.3 Número de Afiliación a la Seg. Social: _____