
DECLARACIÓN DE ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

D./D.^a _____, con D.N.I. / N.I.E. nº _____

El/la abajo firmante, a efectos de ser nombrado/a funcionario/a del cuerpo de _____, de conformidad con lo establecido en el art. 10 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al servicio de las Administraciones Públicas y el art. 13 del R.D. 598/1985, de 20 de abril, ejercita la opción prevista en dichas normas, haciéndolo en los siguientes términos:

<input type="checkbox"/> A	Cuerpo docente al que se accede: Organismo:
<input type="checkbox"/> B	Cuerpo, plaza, escala o categoría laboral que viene desempeñando: Ministerio, Organismo o Empresa:
<input type="checkbox"/> C	Tipo de pensión, jubilación, retiro u orfandad que viene percibiendo: Con cargo a:

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Fdo.: