

Declaración  de compatibilidad física  o psíquica

D/Dª…………………………………………………………………………………………………… con DNI nº……………………………………… y domicilio en……………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………… declara a efectos de ser nombrado funcionario interino en la especialidad de …………………………………………………………………………………………… del Cuerpo de ………………………………………………………………………en el centro …………………………………

…………………………………………………… de la localidad de …………………………………………

………………………………………………provincia de AVILA, que no padece enfermedad ni está afectado por limitación física o psíquica incompatible con el desempeño de las funciones correspondientes al Cuerpo y especialidad antes indicados.

En Avila, a…… de………………………… de………

(Firma)