

## ANEXO IV

### DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

D./Dña. \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

Cuerpo, Escala o Categoría \_\_\_\_\_

- |                              |                          |                      |                          |
|------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| - Funcionario/a de Carrera   | <input type="checkbox"/> | Toma posesión por:   |                          |
| - Funcionario/a en prácticas | <input type="checkbox"/> | * Nuevo ingreso      | <input type="checkbox"/> |
| - Funcionario/a interino/a   | <input type="checkbox"/> | * Proc. Exc. Volunt. | <input type="checkbox"/> |
| - Funcionario/a eventual     | <input type="checkbox"/> | * Proc. Serv. Espec. | <input type="checkbox"/> |
| - Contratado laboral         | <input type="checkbox"/> | * Proc. Exc. Forzosa | <input type="checkbox"/> |
| - Contratado administrativo  | <input type="checkbox"/> |                      |                          |
| - Estatutario                | <input type="checkbox"/> |                      |                          |

El abajo firmante, a los efectos previstos en el Artículo 1º de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas y del Decreto 227/1997, de 20-11 (BOCYL 240), 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.

Salamanca, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: