



D./D.^a con
Documento de Identidad 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, 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 a de de

(firma)

SR/SRA. DIRECTOR/A PROVINCIAL DE EDUCACIÓN DE