



Junta de Castilla y León

Delegación Territorial de Valladolid
Dirección Provincial de Educación

CLASE DE NOMBRAMIENTO

INTERINO EN VACANTE

INTERINO EN SUSTITUCIÓN

D.N.I.: _____ E-mail: _____
 Apellidos: _____ Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ C.P.: _____
 Provincia: _____ F. de Nacimiento: _____
 Teléfono/s: _____
 Títulos que posee: _____
 Número de Seguridad Social: _____

Destino: _____
 Localidad: _____
 Cuerpo: _____
 Especialidad: _____
 Jornada Completa _____ Itinerante _____
 Parcial - nº de horas: _____ Compartida _____
 Período: _____ a _____
 Titular de la plaza: _____

Si obtuvo vacante en el curso **anterior**

Completa

Parcial

Provincia de vacante en el curso **anterior**

% IRPF solicitado en Nómina:

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA				<i>DIRECCION SUCURSAL</i>
IBAN	ENTIDAD BANCARIA	SUCURSAL	D.C.	NUMERO DE CUENTA

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

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 31 del Decreto 227/1997, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Incompatibilidades del personal al Servicio de la Administración de la Comunidad de Castilla y León (B.O.C. y L. de 25), 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.

Valladolid, a _____, de _____ de _____

DECLARACIÓN JURADA / PROMESA

DECLARA BAJO JURAMENTO O PROMESA, a efectos de ser nombrado/a funcionario/a interina, que no ha sido separado/a del servicio en ninguna de las Administraciones Públicas y que no se halla inhabilitado/a para el ejercicio de funciones públicas.

Valladolid, a _____, de _____ de _____



DECLARACIÓN

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.

Nombre y Apellidos

DNI

Domicilio

En Valladolid a de de

Declara a efectos de ser nombrado funcionario interino en:

Cuerpo

Especialidad

Centro

Localidad

Provincia