

CLASE DE NOMBRAMIENTO

CONCURSO DE TRASLADOS	COMISIÓN DE SERVICIO
PRÁCTICAS	PROVISIONAL
REINGRESO	OTROS

Apellidos: _____ Nombre: _____
 D.N.I: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ C.P.: _____
 Provincia: _____ F. de nacimiento: _____
 Teléfono/s: _____
 Email: _____
 Títulos que posee: _____

Especialidad de la Oposición: _____
 Último curso trabajado en la Dirección Provincial de Educación de Valladolid: _____
 Nº de la Seguridad Social: _____ ó Nº de Muface: _____

PROFESOR

Anterior centro destino: _____
 Localidad: _____
 Nuevo centro destino: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Cuerpo: _____
 Especialidad: _____

% IRPF solicitado en nómina:

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA				DIRECCIÓN SUCURSAL
IBAN	ENTIDAD BANCARIA	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO 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 _____

CLASE DE NOMBRAMIENTO

CONCURSO DE TRASLADOS	COMISIÓN DE SERVICIO
PRÁCTICAS	PROVISIONAL
REINGRESO	OTROS

Apellidos: _____ Nombre: _____
 D.N.I: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ C.P.: _____
 Provincia: _____ F. de nacimiento: _____
 Teléfono/s: _____
 Email: _____
 Títulos que posee: _____

Especialidad de la oposición: _____
 Último curso trabajado en la Dirección Provincial de Educación de Valladolid: _____
 Nº de la Seguridad Social: _____ ó Nº de Muface: _____

PROFESOR

Anterior centro destino _____
 Localidad: _____
 Nuevo Centro Destino: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Cuerpo: _____
 Especialidad: _____

% IRPF solicitado en nómina:

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA				DIRECCIÓN SUCURSAL
IBAN	ENTIDAD BANCARIA	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO 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 _____