

ANEXO IV

DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

D./D ^a .			
DNI			
CUERPO			
FUNCIONARIO	De carrera <input type="checkbox"/>	Prácticas <input type="checkbox"/>	Interino <input type="checkbox"/>

DECLARA 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 (manuscrita o digital):

DIRECTOR PROVINCIAL DE EDUCACIÓN DE SALAMANCA