**DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO/A POR INCOMPATIBILIDAD**

APELLIDOS:

NOMBRE:

DNI:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD, A LOS EFECTOS DE SER NOMBRADO/A FUNCIONARIO/A DE CARRERA DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE MÁLAGA, EN PLAZA DE

Que no desempeña un segundo puesto de trabajo o actividad en el sector público, ni realiza actividades privadas que pudieran estar afectadas por incompatibilidad o que requieran reconocimiento de compatibilidad, según lo dispuesto en la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, y R.D. 598/1985, de 30 de abril, por el que se desarrolla dicha Ley.

Y para que conste y surta los efectos donde proceda, firmo la presente en,

Málaga, a

Fdo.: