



Área de Personal Docente
Servicio de Gestión de Personal Docente

ANEXO Nº 2

DECLARACIÓN DE ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

NOMBRE:

D.N.I.:

El abajo firmante, de acuerdo con lo establecido en el artº. 10 de la Ley 53/84, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas y el artº. 13 del R.D. 598/85, de 30 de abril, ejercita la opción prevista en dichas normas, haciéndolo en los siguientes términos:

| | |
|----------|---|
| A | Cuerpo, plaza, escala o categoría laboral al que se accede (dar todos los datos) Ministerio, Organismo o Empresa |
| B | Cuerpo, plaza, escala o categoría laboral que viene desempeñando (dar todos los datos) Ministerio, Organismo o Empresa |
| C | Tipo de pensión, jubilación, retiro u orfandad que viene percibiendo con cargo a |

OPCIÓN:

| | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | A |
| <input type="checkbox"/> | B |
| <input type="checkbox"/> | C |

Sevilla, a

Fdo: