



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD



DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D^a. _____
con DNI: _____ y categoría _____
DECLARA EXPRESAMENTE a los efectos previstos en la Ley 53/1984 de Incompatibilidades del Personal al servicio de las Administraciones Públicas, que no desempeña otro puesto o actividad en el sector público delimitado en el art. 1º de dicha Ley, que no realiza actividad privada incompatible o sujeta a reconocimiento de compatibilidad y que no percibe pensión de jubilación, retiro y orfandad por derechos pasivos o por cualquier régimen de la Seguridad Social público y obligatorio.

También **DECLARA EXPRESAMENTE** a los efectos previstos en la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que no ha sido separado del servicio, mediante expediente disciplinario, de cualquier servicio de salud o Administración pública en los seis años anteriores, ni hallarse inhabilitado con carácter firme para el ejercicio de funciones públicas ni de la concreta profesión, así como que posee la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones que se derivan del presente nombramiento.

Granada, a _____ de 2020

Fdo:-----