

DECLARACION DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ NIF: _____

TOMA POSESION COMO:¹ CONTRATO LABORAL

POR:² NUEVO INGRESO

El abajo firmante, cuyos datos personales figuran arriba, a los efectos previstos en el art. 10 de la Ley 53/84, de 26 de diciembre de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, y del art. 13.1 del R.D. 598/1985, de 30 de abril, 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.

Fdo.:

Fecha:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, autorizo a la Universidad Miguel Hernández de Elche a la automatización de todos mis datos personales teniendo en cuenta que, como usuario inscrito, podré ejercer los derechos de consulta de datos personales, rectificación y cancelación contenidos en estos ficheros en el Departamento de Recursos Humanos de esta Universidad.

Asimismo, y para que su uso a efectos estadísticos y de expedición de certificados futuros, autorizo a la UMH a la conservación de estos datos, una vez concluida mi relación con esta Universidad, pudiendo ejercer mi derecho de revocación en cualquier momento.

¹ FUNCIONARIO DE CARRERA, INTERINO, EVENTUAL, CONTRATO LABORAL, CONTRATO ADMINISTRATIVO, ESTATUTARIO.

² NUEVO INGRESO, PROCEDENTE DE EXCEDENCIA VOLUNTARIA, SERVICIOS ESPECIALES, EXCEDENCIA FORZOSA.