

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----|---------------|
| NIF. | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZON SOCIAL | | |
| DOMICILIO: CALLE, PLAZA, AVD. | | | |
| LOCALIDAD/MUNICIPIO | PROVINCIA | | CODIGO POSTAL |
| TELEFONO | MOVIL | FAX | E-MAIL |

DECLARO

- No padecer enfermedad o limitación física que impida el normal desempeño de las tareas propias del puesto al que se opta.
- No haber sido separado mediante expediente disciplinario del servicio de cualquier administración pública.
- No hallarme incurso en causa alguna de incapacidad o incompatibilidad para prestar los servicios en el Ayuntamiento.

Alía a _____ de _____ de _____

Fdo. _____