|  |  |
| --- | --- |
| 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_