

CLASE DE NOMBRAMIENTO	
INTERINO EN VACANTE	INTERINO EN SUSTITUCIÓN

D.N.I.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ F. de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono/s: \_\_\_\_\_  
 Títulos que posee: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Destino:	
Localidad:	
Cuerpo:	
Especialidad:	
Jornada	Completa <input type="checkbox"/> Itinerante <input type="checkbox"/>
	Parcial - nº de horas: _____ Compartida <input type="checkbox"/>
Período:	_____ a _____
Titular de la plaza:	

**Si** obtuvo vacante en el curso **anterior**

Completa

Parcial

**Provincia** de vacante en el curso **anterior**

% IRPF solicitado en Nómina:

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA				DIRECCION SUCURSAL
IBAN	ENTIDAD BANCARIA	SUCURSAL	D.C.	NUMERO DE CUENTA

### DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

A los efectos previstos en el artículo diez de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas y del artículo 31 del Decreto 227/1997, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Incompatibilidades del personal al Servicio de la Administración de la Comunidad de Castilla y León (B.O.C. y L. de 25), 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.

Valladolid, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN JURADA / PROMESA

DECLARA BAJO JURAMENTO O PROMESA, a efectos de ser nombrado/a funcionario/a interina, que no ha sido separado/a del servicio en ninguna de las Administraciones Públicas y que no se halla inhabilitado/a para el ejercicio de funciones públicas.

Valladolid, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



# Junta de Castilla y León

Delegación Territorial de Valladolid  
Dirección Provincial de Educación

CLASE DE NOMBRAMIENTO	
INTERINO EN VACANTE	INTERINO EN SUSTITUCIÓN

D.N.I.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ F. de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono/s: \_\_\_\_\_  
 Títulos que posee: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Destino:	
Localidad:	
Cuerpo:	
Especialidad:	
Jornada	Completa <input type="checkbox"/> Itinerante <input type="checkbox"/>
	Parcial - nº de horas: _____ Compartida <input type="checkbox"/>
Período:	_____ a _____
Titular de la plaza:	

Si obtuvo vacante en el curso **anterior**

Completa

Parcial

**Provincia** de vacante en el curso **anterior**

% IRPF solicitado en Nómina:

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA				<i>DIRECCION SUCURSAL</i>
IBAN	ENTIDAD BANCARIA	SUCURSAL	D.C.	NUMERO DE CUENTA

## DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDAD

A los efectos previstos en el artículo diez de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas y del artículo 31 del Decreto 227/1997, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Incompatibilidades del personal al Servicio de la Administración de la Comunidad de Castilla y León (B.O.C. y L. de 25), 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.

Valladolid, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA / PROMESA

DECLARA BAJO JURAMENTO O PROMESA, a efectos de ser nombrado/a funcionario/a interina, que no ha sido separado/a del servicio en ninguna de las Administraciones Públicas y que no se halla inhabilitado/a para el ejercicio de funciones públicas.

Valladolid, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## **DECLARACIÓN**

Que no padece enfermedad, ni está afectado por limitación física o psíquica incompatible con el desempeño de las funciones correspondientes al Cuerpo y especialidad antes indicados.

Nombre y Apellidos

DNI

Domicilio

En Valladolid a            de            de

Declara a efectos de ser nombrado funcionario interino en:

Cuerpo

Especialidad

Centro

Localidad

Provincia