



D./Dña _____
Con D.N.I./N.I.F.nº _____ y domiciliado/a
en _____
C/ _____
C.P. _____ Teléfono: _____ Mail: _____

Declara no padecer enfermedad, ni afectación por limitación física o psíquica que sea incompatible con el desempeño de las correspondientes funciones.

Y conecedor/a de que la falsedad de esta declaración dará lugar al inicio de acciones judiciales, firma la presente en Rivas-Vaciamadrid,

Rivas-Vaciamadrid, a _____ de _____ de 202

Fdo.: _____