



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 conocedor/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.: _____



D./Dña. _____

D.N.I./N.I.F. nº _____ y domiciliado/a en (calle, población, C.P.)

Teléfono: _____

DECLARA:

Que no ha sido separado/a mediante expediente disciplinario o sentencia firme del servicio de cualquiera de las Administraciones Públicas, a efectos de su ingreso en el Ayuntamiento de Rivas-Vaciamadrid en régimen GENERAL, para la plaza

Y conoedor/a de que la falsedad de esta declaración dará lugar al inicio de acciones judiciales, firma la presente en Rivas-Vaciamadrid, a _____ de _____ de 202_.