

DECLARACIÓN DE NON ESTAR AFECTADO DE INCOMPATIBILIDADE

DATOS DA PERSOA QUE OBTIVO A AXUDA

Apellidos, nome:

NIF:

E-mail de contacto:

Teléfono de contacto:

O/A abaixo asinante, para os efectos previstos no artigo dez da Lei 53/84, de 26 de decembro, de incompatibilidades do persoal ó servizos das Administracións Públicas e do artigo 13.1 do Real Decreto 598/85, de 30 de abril, declara que non vén desempeñando posto ou actividade algún no sector público nin realiza actividades privadas incompatibles ou que requiran recoñecemento de compatibilidade.

Que según o establecido na base terceira da resolución reitoral do 24 de xaneiro de 2022, no momento de inciar a súa bolsa non percibe ningún tipo de axuda similar, ou contrato laboral activo público ou privado.

A USC poderá solicitar, en calquera momento, a documentación necesaria que verifique a autenticidade dos datos que se indican neste documento durante o periodo de duración desta axuda.

Santiago de Compostela, a

Sinatura: