



AYUNTAMIENTO DE CECLAVIN

PLZA DE ESPAÑA, 2
10.870 CECLAVIN

TELEFONO: 927.39.30.02
FAX: 927.39.31.50

D./D^a. _____, con NIF _____ dirección
_____ de _____ y teléfono

DECLARA

Que poseo la capacidad funcional para el desempeño de las tareas correspondientes al puesto de _____ objeto de esta convocatoria.

No haber sido separado/a mediante expediente disciplinario del servicio de las Administraciones Públicas ni haberse inhabilitado/a para el ejercicio de funciones públicas

En Ceclavín, a ___ de _____ de 201__

FDO. _____