

**SOLICITUD EN MATERIA DE:
COMPATIBILIDAD PARA SEGUNDA ACTIVIDAD**

NORMATIVA DE APLICACIÓN:

LEY 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas. REAL DECRETO 598/1985, de 30 de abril, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Entes, Organismos y Empresas dependientes.

- Actividad pública (apartados 2 y 3) Actividad privada (apartados 2 y 4)

1.- DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL EMPLEADO PÚBLICO

NOMBRE:			
DNI:		TELÉFONO:	
CATEGORÍA PROFESIONAL:			
DOMICILIO NOTIFICACIÓN:			
LOCALIDAD:		C. POSTAL:	

2.- PUESTO DE TRABAJO DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL

CONSEJERÍA	CENTRO DIRECTIVO, ORGANISMO O ENTE PÚBLICO		
CENTRO DE TRABAJO	LOCALIDAD		
Nº CONTROL	DENOMINACIÓN PUESTO TRABAJO	Retribuciones anuales (adjuntar certificación de retribuciones a efectos de compatibilidad, expedida por el Servicio de Nóminas)	
GRUPO <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2 <input type="radio"/> E	HORARIO DE TRABAJO		
NATURALEZA JURÍDICA DE LA RELACIÓN DE EMPLEO <input type="radio"/> Estatutario <input type="radio"/> Func. Carrera <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Interino <input type="radio"/> Eventual			

3.- PUESTO DE TRABAJO PÚBLICO SECUNDARIO QUE PRETENDE COMPATIBILIZAR

CONSEJERÍA, MINISTERIO O AYUNTAMIENTO	CENTRO DIRECTIVO, ORGANISMO O ENTE PÚBLICO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	Retribuciones anuales Sueldo base ____ Antigüedad ____ C. destino ____ C. específico ____	
DENOMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO			
GRUPO <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2 <input type="radio"/> E	HORARIO DE TRABAJO		
Naturaleza jurídica de la relación de empleo <input type="radio"/> Estatutario <input type="radio"/> Func. Carrera <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Interino <input type="radio"/> Eventual			

4.- DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD PRIVADA PARA LA QUE SOLICITA COMPATIBILIDAD

EMPRESA	DOMICILIO	LOCALIDAD	PROVINCIA
TIPO DE ACTIVIDAD	<input type="radio"/> Cuenta propia <input type="radio"/> Cuenta ajena		HORARIO Y DÍAS DE LA SEMANA

5.- OTRAS ACTIVIDADES

1.- ¿Tiene alguna otra actividad o puesto de trabajo en el sector privado?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	¿Cesa en ella?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
2.- Excepcionalmente, ¿tiene alguna otra actividad o empleo en el sector público? Describir:	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	¿Cesa en ella?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

FECHA:

FIRMA DEL SOLICITANTE:

SECRETARÍA GENERAL DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD
Avda. de las Américas, 2 / 06800 MÉRIDA