

SOLICITUD EN MATERIA DE:
COMPATIBILIDAD PARA SEGUNDA ACTIVIDAD SANITARIA

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 + **DECLARACIÓN RESPONSABLE**)

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:

DIRECCIÓN GENERAL DE RR.HH. Y ASUNTOS GENERALES DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD
Avda. de las Américas, 2 / 06800 MÉRIDA

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE COMPATIBILIDAD **(actividad sanitaria)**

D/D^a
con NIF n.º: _____ personal (estatutario/funcionario), que presta sus
servicios en _____
del Servicio Extremeño de Salud.

DECLARO

- I. Que el ejercicio profesional para el que solicito la compatibilidad no se encuentra incluido en las actividades delimitadas en el artículo 1 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, definidas en los siguientes apartados:
- Actividad profesional para entidades de carácter hospitalario o que realicen actividades propias de estos centros que mantengan concierto o colaboración con la Seguridad Social o con el Sistema Nacional de Salud, incluyendo entre ellas:
 - Mutualidades Generales que gestionan el régimen especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), de las Fuerzas Armadas y de la Guardia Civil (ISFAS) y la Administración de Justicia (MUFEJU).
 - Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social y empresas que colaboren en la gestión del sistema de la Seguridad Social o del Sistema Nacional de Salud.
 - Actividades profesionales en los asuntos en que esté interviniendo, haya intervenido en los dos últimos años o tenga que intervenir por razón del puesto de trabajo en el sector público, incluidas las que se esté obligado a prestar a personas a quienes se esté obligado a atender en el desempeño de dicho puesto de trabajo.
 - Relación laboral con establecimientos sanitarios que mantengan concierto o colaboración con la Seguridad Social o con el Sistema Nacional de Salud, en la prestación sanitaria que, tal como dispone el artículo 1.1 del Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo) y, teniendo en cuenta la presunción de laboralidad del artículo 8.1, estará configurada por los siguientes requisitos:
 1. Prestación de servicios
 2. Ajenidad
 3. Voluntariedad
 4. Retribución como contraprestación de servicios.
 - 2. Que el ejercicio profesional de la actividad para la cual solicito la compatibilidad únicamente será realizado en el lugar y horario indicados en mi solicitud.

En _____, a _____ de _____ de _____

(firma)

INFORMACIÓN PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD DE COMPATIBILIDAD

SEGUNDA ACTIVIDAD PÚBLICA (PROFESOR ASOCIADO UEX)	SEGUNDA ACTIVIDAD PRIVADA
INICIO DE LA SITUACIÓN	INICIO DE LA SITUACIÓN
<p>1. Impreso de solicitud de compatibilidad. Cumplimentar los apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos personales • Apartado A (puesto de trabajo de la actividad principal) • Apartado B (puesto de trabajo público secundario que pretende compatibilizar) • Apartado D (otras actividades) • Fecha y firma del interesado. <p>2. Horarios de los dos cuatrimestres (facilitado por la UEX). Son dos documentos autocopiativos. Se entrega la primera hoja de cada uno.</p> <p>3. Certificado de retribuciones UEX.</p> <p>4. Certificado de retribuciones SES (Servicio de Nóminas)</p> <p>5. Toda la documentación ha de presentarse en un registro administrativo.</p>	<p>1. Impreso de solicitud de compatibilidad. Cumplimentar los apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos personales • Apartado A (puesto de trabajo de la actividad principal) • Apartado C (datos sobre la actividad privada para la que solicita la compatibilidad). • Apartado D (otras actividades) • Fecha y firma del interesado. <p>2. Copia de la resolución de renuncia al complemento específico (la opción de renuncia al complemento específico no exime de la obligación que incumbe al interesado de solicitar expresa autorización de compatibilidad en los términos contemplados en la normativa vigente para desempeñar una segunda actividad).</p> <p>3. Certificado de retribuciones SES (Servicio de Nóminas)</p> <p>4. Declaración responsable de compatibilidad.</p> <p>5. Toda la documentación ha de presentarse por registro administrativo.</p>
FINALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN	FINALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN
<p>Escrito del interesado a la Dirección General de Recursos Humanos y Asuntos Generales del SES indicando la finalización.</p>	<p>1. Solicitar la acreditación del complemento específico.</p> <p>2. Escrito del interesado a la Dirección General de Recursos Humanos y Asuntos Generales del SES indicando la finalización.</p>