**DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO/A POR INCOMPATIBILIDAD**

D./ª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

como Dentista Colegiado/a Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

a los efectos de poder adherirme a la prestación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía (Decreto 521/2019, de 23 de julio), mediante el presente escrito DECLARA que no incurre en ninguno de los supuestos:

- de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas,

- ni de la Ley 3/2005, de 8 de abril, de Incompatibilidades de Altos Cargos de la Administración de la Junta de Andalucía y de Declaración de Actividades, Bienes, Intereses y Retribuciones de Altos Cargos y otros Cargos Públicos o normativa vigente en esta materia.

Y para que así conste, se firma la presente en Cádiz, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_