



GiPSS

c. Joan Pau II núm. 2
43005 Tarragona
tel 977 191292 / fax 977 220846

DECLARACIÓ RESPONSABLE

En/na treballador/a _____, amb DNI Núm. _____,
a efectes de la seva contractació per **Gestió i Prestació de Serveis de Salut**.

DECLARA:

1.- Que no es troba afectat/da per les incompatibilitats previstes en la Llei 21/1987, de 26 de Novembre, d'incompatibilitats del personal al servei de l'Administració de la Generalitat (DOGC núm. 923, de 4.12.1987).

2.- Que es compromet a posar en coneixement de l'empresa de les seves circumstàncies i sol·licitar la corresponent autorització de compatibilitzar les activitats en el cas de que la seva situació variï.

I perquè així consti, signo aquesta declaració responsable.

Lloc i data: