

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Oeste

Don/Dña. _____
con Documento Nacional de Identidad nº _____, y categoría profesional _____, como trabajador del Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Oeste.

DECLARA bajo juramento o promesa

Que posee la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las tareas propias de su trabajo habitual y que no se haya incurrido en causa de incompatibilidad para cubrir el puesto asignado de la categoría de _____

Algeciras, a _____ de _____ de _____

Fdo: _____