

NOMBRE Y APELLIDOS:
NIF/PASAPORTE:
PROFESIÓN / CARGO

Declaro que la actividad realizada queda exceptuada del régimen de incompatibilidades tal y como establece el artículo 19 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre de Incompatibilidades del Personal al servicio de las Administraciones Públicas **(MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE PROCEDA. SÓLO UNA):**

- ☐ h) La colaboración y la asistencia ocasional a Congresos, Seminarios, Conferencias o Cursos de carácter profesional.
Asimismo, declaro que no supero los límites retributivos establecidos en el artículo 7 de la mencionada Ley.

Personal no vinculado:

- ☐ No percibo retribuciones periódicas con cargo a la Administración Pública.

Sevilla, a día de la fecha.

NOTA: La fecha de la firma debe ser la misma que la de expedición de la factura.