



### DECLARACIÓ RESPONSABLE

El/La Treballador/a \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, a efectes de la seva contractació per l'empresa CONSORCI SANITARI INTEGRAL (CSI).

#### DECLARA:

1.- Que no es troba afectat/da per les incompatibilitats previstes en la Llei 21/1987, 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 del CSI 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.

Signat:.....  
(Treballador/a)

..... de..... de 20.....