# ANNEX II. DECLARACIÓ RESPONSABLE

En/Na.............................................................................................................................. amb DNI........................................, a efectes de la meva contractació per l’empresa CONSORCI SANITARI INTEGRAL (CSI),

**DECLARO (Marcar una de les dos opcions):**

1.- Que no em trobo 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 em trobo en situació de pluriocupació i lliuro al CSI la resolució d’acceptació de la Compatibilitat del Departament de Salut.

Així mateix, em comprometo a posar en coneixement del CSI, tan aviat com sigui possible, qualsevol canvi que es produeixi respecte de la meva situació laboral informada en aquest document.

I perquè així consti, signo aquesta declaració responsable,

Signat:....................................................

(Treballador/a)

..................................................................................a, ........... de.......................................................................... de 20.........