

ANEXO B:

DECLARACIÓN JURADA O PROMESA

DATOS DECLARANTE:			
NOMBRE		NIF	
DIRECCION	CP	LOCALIDAD	PROVINCIA

DECLARO:

No padecer enfermedad o defecto físico que impida el desempeño de las correspondientes funciones, debiendo poseer la capacidad funcional necesaria para el desempeño normal del puesto de trabajo a ocupar.

En _____ a _____ de _____ de 2020.

El/La declarante

Fdo: _____

Sr^a ALCALDESA-PRESIDENTA DEL AYUNTAMIENTO DE FUENTES DE EBRO