

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/DÑA. \_\_\_\_\_,  
con NIF/NIE número \_\_\_\_\_ Declaro que  
tengo la capacidad funcional y no padecer enfermedad o  
discapacidad que impida el desempeño de las tareas de las plazas  
que se convocan y habilitación al no haber sido separado/a mediante  
expediente disciplinario del servicio de cualquiera de las  
Administraciones Públicas o de los órganos Constitucionales o  
Estatutarios de las Comunidades Autónomas, ni hallarme  
inhabilitado/a absoluto/a o especial para empleos o cargos públicos  
por resolución judicial, para el acceso al empleo publico.

Lo que firmo en Mejorada del Campo, a \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ de 2024.

FIRMA DEL INTERESADO/A