



**Servicio
Canario de la Salud**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS



ANEXO III

DECLARACIÓN RESPONSABLE.

D./D.^a _____,

provisto de D.N.I. , N.I.E. , Pasaporte , N^o _____

DECLARA, no hallarse inhabilitado por sentencia firme para el ejercicio de las funciones de la plaza a la que concurre, ni hallarse separado, ni haber sido despedido, mediante expediente disciplinario de la prestación de servicios en cualquier Administración Pública del Estado Español, de los Estados miembros de la Unión Europea o de cualquier otro Estado no comunitario y además,

DECLARA, no padecer enfermedad, ni estar afectado por limitaciones físicas o psíquicas incompatibles con el desempeño de las funciones correspondientes a la plaza por la que concurre.

Y para que conste, y surta los efectos legales oportunos en relación a la Convocatoria Pública de Empleo del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, por la que participa, firma la presente Declaración Responsable,

En _____ a _____ de _____ de 20____.

Fdo. D./ D.^a _____