ANEXO IV: <u>DECLARACIÓN RESPONSABLE DE NO ESTAR INCURSO EN NINGUNA DE LAS CAUSAS DE INCOMPATIBILIDAD DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS</u>.

DON/DOÑA _____, con D.N.I. nº_____, y domicilio en _____, c/ _____ nº _____, actuando en su propio nombre y derecho, o en representación de la empresa _____, con C.I.F. _____, a la cual represento en calidad de _____.

DECLARA: que el personal sanitario que se adscribirá a la ejecución del contrato, no desarrolla actividad profesional sanitaria de ningún tipo en ningún centro público sanitario y, por consiguiente, no se halla incurso en ninguna de las causas de incompatibilidad previstas en el artículo 11.2 de la Ley 53/1984, de incompatibilidades del personal al Servicio de las Administraciones Públicas, ni en las establecidas en el artículo 11.8 del Real Decreto 598/1985 sobre incompatibilidades del personal al servicio de la administración del estado, de la Seguridad Social y de los entes, organismos y empresas dependientes.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se expide y firma la presente declaración

En _____ a ____ de _____ de 2025.

Fdo._____