



SOLICITUD DE COMPATIBILIDAD PARA EL DESEMPEÑO DE SEGUNDA ACTIVIDAD

I. DATOS DEL/LA SOLICITANTE

Apellidos:	_____		
Nombre:	_____	D.N.I.	_____
Dirección:	_____	Teléf.	_____
Localidad:	_____	Provincia:	_____
		C.P.	_____

II. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO (actividad pública principal por la que se opta)

Denominación del puesto de trabajo:	_____	Nivel Complemento Destino:	_____
Cuerpo, Escala o Categoría:	_____	Grupo:	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Vinculación:	<input type="checkbox"/> Funcionario de carrera	<input type="checkbox"/> Funcionario interino	<input type="checkbox"/> Contratado laboral <input type="checkbox"/> Otros
Horario de trabajo:	_____	Complemento específico:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Importe: _____
Centro Directivo/Organismo:	_____		

III. DATOS DE LA ACTIVIDAD CUYA COMPATIBILIDAD SE SOLICITA (actividad pública secundaria)

Denominación del puesto de trabajo:	_____	Nivel Complemento Destino:	_____
Cuerpo, Escala o Categoría:	_____	Grupo:	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Vinculación:	<input type="checkbox"/> Funcionario de carrera	<input type="checkbox"/> Funcionario interino	<input type="checkbox"/> Contratado laboral <input type="checkbox"/> Otros
Horario de trabajo:	_____	Complemento específico:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Importe: _____
Centro Directivo/Organismo:	_____		

IV. ACTIVIDAD PRIVADA

<input type="checkbox"/> Por cuenta propia
<input type="checkbox"/> Por cuenta ajena
Empresa o actividad _____
Dirección _____ Localidad _____
Provincia _____ C.P. _____ Teléf. _____
Tipo de actividad _____
Número de horas de trabajo mensuales _____ Horario _____

El interesado DECLARA que no desempeña otras actividades distintas a las consignadas en el formulario (en caso afirmativo, describir _____ y SOLICITA la
la concesión de la compatibilidad.

Madrid,

(firma interesado)