

## DECLARACIÓN DE COMPATIBILIDAD

Por este conducto, el que suscribe se permite manifestar bajo protesta de decir verdad que conoce la responsabilidad en la que incurriría en caso de dar información falsa, por lo anterior, hago de su conocimiento lo siguiente:

2.- No ( ), Sí ( ) me encuentro desempeñando otro(s) empleo(s) o comisión(es) dentro de otra entidad dependiente o descentralizada de la Administración Pública Federal, Estatal y/o Municipal, así como no incurro en los supuestos de incompatibilidad que se establecen en la Ley de Compatibilidad de Funciones, Empleos y Comisiones para el Estado de Baja California.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

NOTA: En el caso de que se señale que **SÍ**, se deberán anexar CONSTANCIAS de nombramientos donde señale:

- Dependencia de Adscripción:
- Plaza:
- Puesto que Desempeña:
- Carga, Horario del Nombramiento:
- Nombre del Trabajo: