**F-DSeI/DC-06**

**DECLARACIÓN DE COMPATIBILIDAD DE HORARIO LABORAL**

Por este conducto el(la) que suscribe me permito manifestar, **bajo protesta de decir verdad**, que **SI ( ) NO ( )** me encuentro desempeñando otro(s) empleo(s) o comisión(es) dentro de la entidad dependiente o descentralizada de la Administración Pública, Estatal o Municipal, así como no incurro en supuestos de incompatibilidad de horarios laborales.

NOMBRE COMPLETO:

CURP: RFC:

DOMICILIO:

FECHA:

NOTA: En el caso que señale que **SI**, deberá llenar el formato de compatibilidad de horario y anexar documentación soporte, que contenga por lo menos los siguientes datos:

* Dependencia de Adscripción
* Puesto que desempeña
* Horario en el que presta sus servicios
* Firma y sello de los responsables de ambas instituciones de trabajo

|  |
| --- |
|  |
| **Nombre y firma del (a) trabajador (a)** |