



ANEXO III

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Nombre i apellidos/Centro :		
DNI:	Profesión:	
Dirección:		
Municipio:	CP:	Isla:
Teléfono (preferiblemente móvil):	Dirección electrónica:	

A efectos de tramitar la inscripción en la lista de personas mediadoras familiares/centros de mediación familiar, del Servicio de Mediación Familiar de las Illes Balears, estoy informada/o de que la falsedad en los datos que declaro en este documento, consta como delito en el Código Penal y que, en consecuencia, comporta, entre otras, la responsabilidad penal.

DECLARAR:

Que no estoy incluida/o en ninguno de los supuestos de incompatibilidad del personal al servicio de las administraciones públicas y Real Decreto 598/1985, de 30 de abril, sobre incompatibilidad del personal al servicio de la Administración General del Estado, de la Seguridad Social y de los entes, organismos y empresas que dependen de ellos.

Que no estoy inhabilitado para el ejercicio de mi profesión por resolución judicial firme.

.....,de.....de 201

(signatura)



Govern de les Illes Balears

Conselleria de Família i Serveis Socials
Direcció General de Família i Menors