



MODELO III

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA COMPATIBILIDAD DE SEGUNDA ACTIVIDAD SANITARIA

D./D.^a, con DNI n°, destino en, y categoría/opción profesional de

EXPONE:

Que, en cumplimiento de la normativa vigente en materia de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas y de conformidad con los principios de legalidad, imparcialidad y dedicación al servicio público,

DECLARA RESPONSABLEMENTE:

1. Que la actividad profesional sanitaria que pretendo ejercer como segunda actividad en un centro concertado no coincide, total ni parcialmente, con la que desempeño en el Servicio Murciano de Salud.
2. Que en el ejercicio de dicha segunda actividad, limitaré mi actuación asistencial exclusivamente a pacientes de carácter privado o procedentes de entidades aseguradoras de salud privadas.

En concreto, me abstendré de prestar servicios profesionales privados a personas a las que esté obligado a atender en el ejercicio de mi función pública, o que estén siendo atendidas, o lo hayan sido, en el curso del mismo proceso patológico en el Área de Salud en el que me encuentre destinado/a.

3. Que la mencionada actividad no comprometerá ni interferirá en modo alguno con mi imparcialidad, independencia, ni con la plena dedicación y disponibilidad exigidas por el puesto que ocupo en el Servicio Murciano de Salud, ni afectará al cumplimiento de mis funciones como empleado/a público/a.

Y para que así conste, firmo la presente declaración jurada, comprometiéndome a comunicar de inmediato cualquier modificación que altere las circunstancias aquí declaradas.

En, a de de 2025

Fdo. D./D.^a