**DECLARACIÓN DE COMPATIBILIDAD**

Por este conducto, quien 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:

1. No ( ) me encuentro desempeñando otro (s) empleo (s), cargo (s) o comisión (es), y/o la prestación de servicio (s) profesional (es) por honorarios, dentro de alguna Dependencia o Entidad de la Administración Pública Federal, Estatal y/o Municipal.
2. Sí ( ) me encuentro desempeñando otro (s) empleo (s), cargo (s) o comisión (es), y/o la prestación de servicio (s) profesional (es) por honorarios, dentro de alguna Dependencia o Entidad de la Administración Pública Federal, Estatal y/o Municipal y no incurro en los supuestos de incompatibilidad en los horarios fijados para el desarrollo de mis funciones.

NOTA: En el caso de que se señale que SI, se deberán anexar en original las constancias de servicio emitidas por el titular del centro de trabajo, en las cuales señale: Dependencia de adscripción, puesto que desempeña, horario de labores, siendo turnadas a la unidad administrativa de su competencia.

 Protesto lo necesario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Firma del trabajador

Nivel Educativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C.T.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

R.F.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.U.R.P.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre (s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cd. Victoria, Tamaulipas, mayo de 2025