

ANEXO II

Don/Dña

Con domicilio en

y documento nacional de identidad número

Declara bajo juramento o promete, a efectos de ser nombrado funcionario/a de la Escala de Médicos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social, que no ha sido separado del servicio en ninguna de las Administraciones Públicas y que no se halla inhabilitado para el ejercicio de funciones públicas.

En , a.....de.....de 2026