

**ANEXO III**

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 2025