



<b>CABILDO INSULAR DE FUERTEVENTURA</b>
Nº <u>259</u>
Fecha: <u>25-08-2020</u>
<b>REGISTRO DE ENTRADA</b>

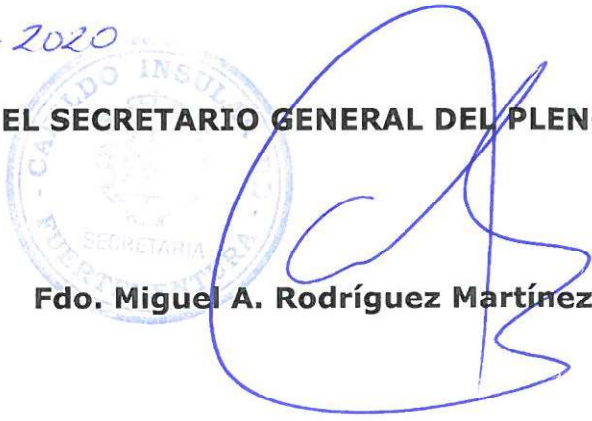
**CABILDO INSULAR DE FUERTEVENTURA  
SECRETARÍA GENERAL**

**D./D<sup>a</sup>.: RITA DARIAS FUENTES**

**REGISTRO DE INCOMPATIBILIDADES, ACTIVIDADES Y OTROS DATOS**

Nº: 259  
Fecha: 25-08-2020

**EL SECRETARIO GENERAL DEL PLENO,**



**Fdo. Miguel A. Rodríguez Martínez**



## DECLARACIÓN DE INCOMPATIBILIDADES, ACTIVIDADES Y OTROS DATOS

D<sup>a</sup> RITA DARIAS FUENTES.....,

con domicilio en [REDACTED].....,

de profesión PROFESORA Y D.N.I. n<sup>o</sup> [REDACTED]

en cumplimiento de lo dispuesto el artículo 75.5 de la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local, formula la declaración de incompatibilidades y actividades que tienen o puedan tener relación con la actividad comparativa que va a realizar como **(1) CESE CONSEJERA INSULAR**

Manifiesto asimismo, bajo mi responsabilidad, que esta declaración es comprensiva de la totalidad de las causas de posible incompatibilidad y actividades y que los datos que refleja en las hojas siguientes, rubricadas al margen, son rigurosamente ciertos.

En PUERTO DEL ROSARIO, a 16 de agosto de 2020

EL DECLARANTE,

DARIAS  
FUENTES RITA - [REDACTED]

Firmado digitalmente por  
DARIAS FUENTES RITA - [REDACTED]

Fecha: 2020.08.24 14:58:31  
+01'00'

Fdo. RITA DARIAS FUENTES

**(1)= Presidente o Consejero Insular**



NOMBRE Y APELLIDOS: RITA DARIAS FUENTES.....

D.N.I.: [REDACTED] N.I.F.....

DOMICILIO: C/ [REDACTED]

POBLACIÓN : PUERTO DEL ROSARIO..... D.POSTAL : 35.600

**CAUSAS DE POSIBLE INCOMPATIBILIDAD**

NO TENGO CAUSA DE INCOMPATIBILIDAD.



NOMBRE Y APELLIDOS: RITA DARIAS FUENTES.....

D.N.I.: [REDACTED].....

DOMICILIO: [REDACTED].

POBLACIÓN : PUERTO DEL ROSARIO..... D.POSTAL : 35.600

**ACTIVIDADES ECONÓMICAS QUE PROPORCIONEN O PUEDAN  
PROPORCIONAR INGRESOS ECONÓMICOS**

NINGUNA QUE DECLARAR.



**FAMILIARES A SU CARGO**

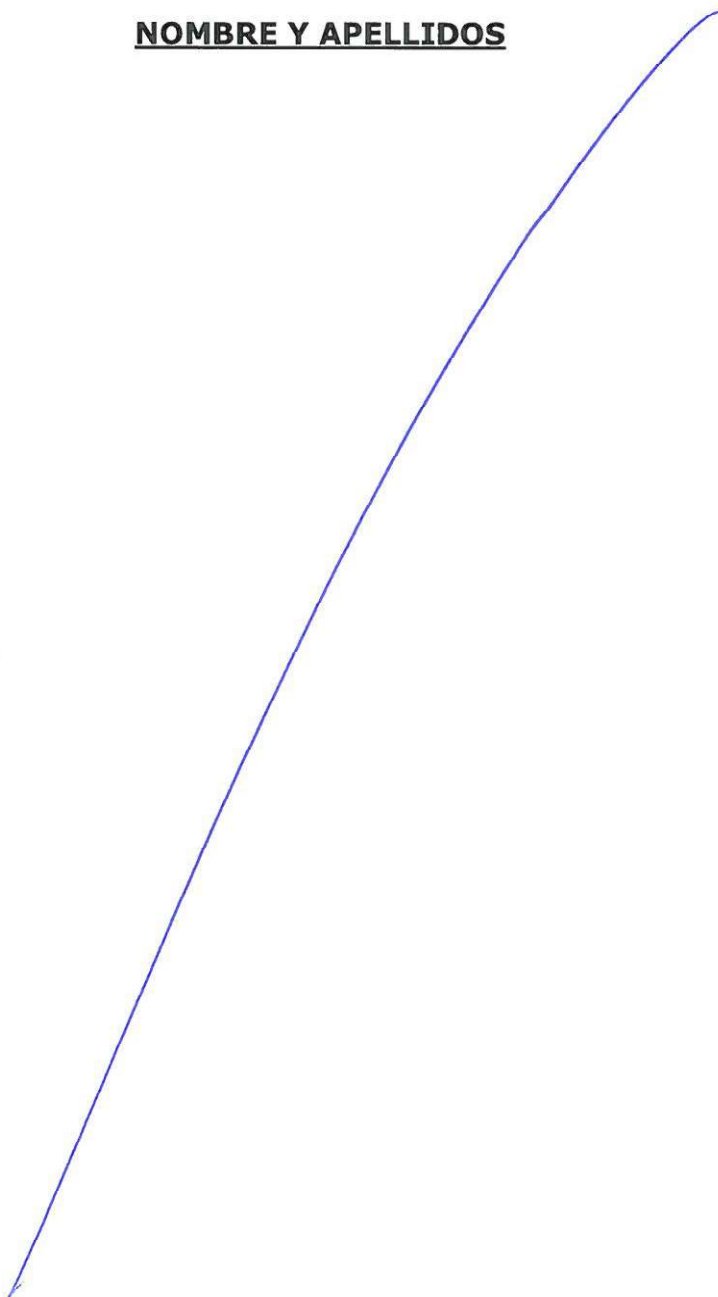
**NOMBRE Y APELLIDOS**

**CÓNYUGE**

**HIJOS**

**ASCENDIENTES**

**OTROS**





### SITUACIÓN RESPECTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

AFILIADO	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	COTIZANTE	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>		NO	<input type="checkbox"/>
RÉGIMEN	GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/>			
	ESPECÍFICO	<input type="checkbox"/>			
	AUTÓNOMO	<input type="checkbox"/>			

Nº DE AFILIACIÓN S.S. XXXXXXXXXX