

DECLARACIÓN DE CAUSAS DE POSIBLE INCOMPATIBILIDAD Y DE ACTIVIDADES

 Tipo de Declaración: Toma de posesión Cese Declaración anual Fin mandato

 Nombre y Apellidos: **ALFONSO POLANCO REBOLLEDA**

 Cargo: **CONCESAL**
A.- ACTIVIDADES PÚBLICAS: Cargos institucionales o de representación.

DIRECCIÓN PROVINCIAL	Retribución: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indemnización-Asistencias: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Retribución: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indemnización-Asistencias: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Retribución: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indemnización-Asistencias: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Retribución: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indemnización-Asistencias: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

B.- ACTIVIDADES DE CARÁCTER PRIVADO:
Participación en empresas o sociedades relacionadas con la Administración Municipal.

Participación superior al 10 % entre el declarante, cónyuge e hijos menores en empresas o sociedades que tengan concertos de obras, servicios o suministros con la Administración Municipal o con organismos o empresas de ella dependientes.

Participación:

Denominación empresa:

Titularidad individual o compartida de concertos de prestación de servicios, cualquiera que sea la naturaleza de éstos, en favor de las Administraciones Públicas.

Titularidad:

Administración Pública:

Naturaleza de servicios:

C.- ACTIVIDADES PROFESIONALES: Actividades profesionales retribuidas.
POR CUENTA PROPIA:

Actividad o Empresa:

Actividad Principal:

Descripción de Actividad:

POR CUENTA AJENA:

Actividad o Empresa:

Actividad Principal:

Puesto o cargo:



D.- DECLARACIÓN A EFECTOS DEL DEBER DE ABSTENCIÓN:

Empresas o Sociedades en cuya dirección, asesoramiento o administración ha tenido parte el declarante, su cónyuge o persona de su familia dentro del segundo grado civil, en los dos años anteriores a la fecha de posesión del cargo.

SOCIEDAD O EMPRESA.....

ACTIVIDAD DE LA SOCIEDAD.....

DOMICILIO FISCAL.....

PARTICIPANTE: El declarante Familiar

Parentesco o grado.....

PUESTO DESEMPEÑADO.....

Quien suscribe formula la presente declaración en cumplimiento de lo exigido en el artículo 75.7 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local; 108.8 de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, de Régimen Electoral General; 8,1 h) de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno y Ley 3/2015, de 30 de marzo, reguladora del ejercicio del alto cargo de la Administración General del Estado.

En _____, a _____ de junio de 2023

EL DECLARANTE



Ante mí. Doy fe
LA SECRETARIA GENERAL

Firma 1 de 1
María Rosa de la Peña
Gutiérrez
16/06/2023
Secretario General

Para consultar la autenticidad de este documento consulte la siguiente página web

Código Seguro de Validación 3593760e95ab41dbb7e5b5f228a83cab001

Url de validación <https://sede.aytopalencia.es/absis/idi/arx/idiarxabsaweb/castellano/asp/verificadorfirma.asp>

