



CONFORMIDAD DE LA EMPRESA U ORGANISMO PARA LA COMPATIBILIDAD DE LA JUBILACIÓN CON LA ACTIVIDAD COMO FACULTATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre y apellidos de la persona que da la conformidad								
Cargo que desempeña		Denominación de la empresa			Código Cuenta de Cotización			
Domicilio habitual: (calle, plaza ...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal		Localidad						
Provincia			Nº de teléfono		Nº de telefax			

A efectos de lo dispuesto en la disposición transitoria trigésima quinta del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 8/2015, de 30 de octubre, da conformidad a la compatibilidad de la pensión solicitada por D./D^a. _____ con DNI _____, con el trabajo en este organismo como facultativo de atención primaria a partir de la fecha _____

Y para que conste ante la Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina, firma la presente conformidad en

_____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma y sello de la empresa