

ANEXO II

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN EL CUERPO DE LA POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE TORREJON DE ARDOZ A TRAVÉS DE LA CATEGORÍA DE COMISARIO/A

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombre:

D.N.I:

Edad:.....

Autorizo por la presente al Equipo Médico designado para la realización de la prueba de reconocimiento médico, establecida en el proceso de selección para el ingreso, a través de la categoría de Comisario/a, en el Cuerpo de Policía Local del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz, a realizar las exploraciones médicas necesarias, así como a proceder a la extracción de sangre y a la analítica de sangre y orina para la determinación de los parámetros que se consideren necesarios, así como a poner en conocimiento del Tribunal de selección los resultados relativos a la causa de exclusión en el caso de que la hubiere. Al mismo tiempo declaro que me estoy administrando la siguiente medicación:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Indicar el nombre comercial de los medicamentos o indicar la composición en caso de no recordarlo).

Y para que así conste firmo la presente autorización en Torrejón de Ardoz, a
dede 2025.

Firmado: