



ANEXO V

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA LAS PRUEBAS SELECTIVAS PARA PROVEER PLAZAS DE SUBINSPECTOR DEL CUERPO DE POLICÍA LOCAL DE TORREJÓN DE ARDOZ

Apellidos:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

DNI:

Por el presente autorizo al Equipo Médico designado por el Ayuntamiento para la realización de la prueba de reconocimiento médico establecida en el proceso de selección para Subinspector de Cuerpo de Policía Local de Torrejón de Ardoz, a realizar las exploraciones médicas necesarias, así como a proceder a la extracción de sangre y orina para la determinación de los parámetros que se consideren necesarios.

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
....., a de
..... de 20

FIRMADO