

**ANEXO III**

**AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MEDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN LOS CUERPOS DE POLICÍA LOCAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID A TRAVÉS DE LA CATEGORÍA DE POLICIA LOCAL**

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 Policía Local del Ayuntamiento de Arroyomolinos, 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.

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.....

Firmado: