

ANEXO III

AUTORIZACION PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MEDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN LOS CUERPOS DE POLICIA LOCAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID A TRAVES DE LA CATEGORIA DE POLICIA

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, en el Cuerpo de Policía Local del Ayuntamiento convocante, 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 199 \_\_\_\_\_

FIRMADO: