

ANEXO I

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

D./Dña. _____, con

Documento Nacional de Identidad número: _____, Hago

constar que:

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 de Mejorada del Campo, 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 Mejorada del Campo, a ____ de _____ de 2024 ____

Firmado: _____