

ANEXO II

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA LAS PRUEBAS SELECTIVAS PARA PROVEER PLAZAS DE POLICIA DEL CUERPO DE POLICÍA LOCAL DE MEJORADA DEL CAMPO

Apellidos.....

Nombre.....

Fecha de nacimiento.....

DNI

Por la 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 Policía del Cuerpo de Policía Local de Mejorada del Campo, 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 el caso de no recordarlos.)

Y para que conste, firmo la presente autorización en
el díade de.....

(Firma del interesado/a)