



Colmenar Viejo

ANEXO I

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN EL CUERPO DE LA POLICÍA MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE COLMENAR VIEJO A TRAVÉS DE LA CATEGORÍA DE POLICÍA

Apellidos y 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 de Colmenar Viejo, 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, así como a poner en conocimiento del Tribunal de selección los resultados relativos a la causa de exclusión en el caso de que la hubiere.

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 Colmenar Viejo a _____ de _____ de 20 _____