



AYUNTAMIENTO DE SAN MARTÍN DE LA VEGA

ANEXO V - AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN EL CUERPO DE LA POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE SAN MARTIN DE LA VEGA A TRAVÉS DE LA CATEGORÍA DE POLICÍA

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 la Policía Local del Ayuntamiento de San Martín de la Vega, 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)

Lo que firmo en _____, a _____ de _____ de 2024

Fdo.: _____