

ANEXO V

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL ACCESO A LA CATEGORÍA DE POLICÍA DEL CUERPO DE LA POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE RIVAS-VACIAMADRID.

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 acceso a la categoría de Policía del Cuerpo de Policía Local del Ayuntamiento de Rivas-Vaciamadrid, 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.

Y para que así conste firmo la presente autorización en Rivas-Vaciamadrid, a _____ de _____ de 20____.

FIRMADO: