

**ANEXO V**

**AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN EL CUERPO DE LA POLICÍA MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID 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 Policía Local del Ayuntamiento de San Fernando de Henares, 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.....  
.....a.....de.....20

FIRMADO:

“