

## ANEXO I

### AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN LOS CUERPOS DE POLICÍA LOCAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID A TRAVÉS DE LA CATEGORÍA DE POLICÍA LOCAL

Primer apellido:

--

Segundo apellido:

--

Nombre:

--

DNI:

--

Fecha de nacimiento:

--

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 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.

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..... 2021.

Firmado: