

ANEXO III

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MEDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN LOS CUERPOS DE POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE BOADILLA DEL MONTE A TRAVÉS DE LA CATEGORÍA DE POLICÍA LOCAL.

D./D.^a.....,
con DNI.....

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 Boadilla del Monte, 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 Boadilla del Monte (Madrid), ade..... de

Firmado: