

ANEXO IV

**AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN EL CUERPO DE POLICÍA LOCAL DE BOADILLA DEL MONTE, EN LA CATEGORÍA DE SUBINSPECTOR, POR EL TURNO LIBRE, POR EL SISTEMA DE CONCURSO-OPOSICIÓN Y CURSO DE SELECTIVO DE FORMACIÓN.**

D./D.<sup>a</sup>.....,  
con DNI.....

**AUTORIZO** por la presente al Equipo médico designado para la realización, en su caso, de la prueba de “reconocimiento médico”, establecida en el proceso selectivo para la provisión, por el turno de promoción interna, por el sistema de concurso-oposición y Curso Selectivo de Formación, de una plaza de Subinspector perteneciente al Cuerpo de Policía Local de Boadilla del Monte, encuadrada en la Escala de Administración Especial, Subescala Servicios Especiales, clase Policía Local, Escala Ejecutiva, Grupo A, Subgrupo A2, y 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.

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), a .....de..... de 2020.

Firmado: .....