

ANEXO III

AUTORIZACION PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MEDICAS QUE SE DETERMINEN PARA LA COBERTURA DE UNA PLAZA DE LA CATEGORIA DE SUBOFICIAL DEL CUERPO DE POLICIA MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE MOSTOLES.

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombre:

D.N.I.:Edad:

Autorizo por la presente al Equipo Médico designado para la realización de la prueba “reconocimiento médico”, establecida en el proceso de selección para la cobertura de plazas de categoría de Suboficial, del cuerpo de policía municipal del Ayuntamiento de Mostoles, 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.....de 201

FIRMADO

ANEXO V

D/D^a.....,
con documento nacional de identidad número....., declara bajo juramento o promete, a efectos de su participación en el proceso selectivo para acceder a la categoría de suboficial del cuerpo de policía municipal del Ayuntamiento de Móstoles, que se compromete, en caso de ser nombrado suboficial, a portar arma reglamentaria y , en su caso, llegar a utilizarla.

En....., a..... de..... de 20.....
Firmado