

ANEXO II

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL ACCESO A LA CATEGORÍA DE INTENDENTE DEL CUERPO DE LA POLICÍA 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 de - reconocimiento médico-, establecida en el proceso de selección para el acceso a la categoría de Intendente del Cuerpo de Policía Municipal del Ayuntamiento de Móstoles, 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 calificador 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.....de 20

FIRMADO: