



**ANEXO V**

**AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL ACCESO A LA CATEGORÍA DE CABO DEL CUERPO DE LA POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE MORALARZAL**

Primer Apellido: .....

Segundo Apellido: .....

Nombre: ....., D.N.I.: ....., edad: .....

Autorizo por el 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 Cabo del cuerpo de Policía Local del Ayuntamiento de Moralarzal 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 la composición en caso de no recordarlo -:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Y para que así conste firmo la presente autorización.

En ....., a ..... de ..... de 2017.

