

#### **ANEXO IV**

**AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL ACCESO AL CUERPO DE LA POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE POZUELO DE ALARCÓN A TRAVÉS DE LA CATEGORÍA DE POLICÍA**

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 ingreso, a través de la categoría de policía, en el Cuerpo de Policía Local del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, 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 de selección 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 su composición.

Y para que conste firmo la presente autorización

En

a

de

de 2021