

**ANEXO I**

**AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN EL CUERPO DE LA POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE LAS ROZAS DE MADRID A TRAVÉS DE LA CATEGORÍA DE POLICÍA (por movilidad)**

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 Municipal del Ayuntamiento de las Rozas de Madrid, 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 indicar la composición en caso de no recordarlo).*

Y para que así conste firmo la presente autorización en Las Rozas de Madrid,  
a..... de.....de 20

Firmado:\_\_\_\_\_