



ANEXO I

En _____ a _____

D. _____ DNI: _____

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA, EL INGRESO EN LOS CUERPOS DE Policía LOCAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

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 en la escala ejecutiva del Cuerpo de Policía Local del Ayuntamiento de Arganda del Rey a:

- realizar las exploraciones médicas necesarias.
- a proceder a la extracción de sangre.
- a la analítica de sangre y orina para la determinación de los parámetros que se consideren necesarios.

A efectos de acreditar que se reúnen las condiciones exigidas para el desempeño del puesto de trabajo.

Fdo: