

ANEXO II

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA LA PROMOCIÓN INTERNA A LA CATEGORÍA DE SUBINSPECTOR/A DEL CUERPO DE LA POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES.

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 la promoción interna, a la categoría de Subinspector/a, en el Cuerpo de Policía Local del Ayuntamiento de San Sebastián de los Reyes, 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 indicar la composición en caso de no recordarlo).

Y para que así conste firmo la presente autorización en San Sebastián de los Reyes, a
de..... de 2025.

Firmado: