

**ANEXO IV**

**AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN  
EL CUERPO DE LA POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE ALCOBENDAS**

Primer apellido: .....

Segundo apellido: .....

Nombre: .....

DNI:..... 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 la Policía Local del Ayuntamiento de Alcobendas, a realizar las exploraciones médicas necesarias, así como a proceder a la extracción y 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

Alcobendas a.....de..... de 202...

FIRMADO: