



**ANEXO V**

**AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN LOS CUERPOS DE POLICÍA LOCAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID A TRAVÉS DE LA CATEGORÍA DE CABO**

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 Cabo, en el Cuerpo de Policía Local, del Ayuntamiento de Valdemorillo, 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..... a ..... de ..... 20....