



**ANEXO IV**

**AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL  
ACCESO A LA CATEGORÍA DE POLICÍA DEL CUERPO DE LA POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO  
DE PEDREZUELA**

<b>Primer apellido</b>	
<b>Segundo apellido</b>	
<b>Nombre</b>	
<b>DNI</b>	
<b>Fecha de nacimiento</b>	

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 acceso a la categoría de Policía del Cuerpo de Policía Local del Ayuntamiento de Pedrezuela, 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 ..... a ..... de  
..... de 202....

FIRMADO