

ANEXO V

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A TODAS LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE DETERMINE EL TRIBUNAL MÉDICO

APELLIDOS

NOMBRE:

.....

DNI: EDAD:

Autorizo, por el presente, al Equipo Médico de las pruebas selectivas de oposición para el ingreso en el Cuerpo de la Policía Local del Ayuntamiento de Santander, a que me efectúen las exploraciones médicas necesarias, la extracción y analítica necesaria de sangre y de orina.

Conozco que será causa de exclusión la ocultación de cualquier enfermedad conocida incluida en el anexo I.

Y para que así conste firmo la presente autorización