



**ANEXO V**

**AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA LAS PRUEBAS SELECTIVAS PARA PROVEER PLAZAS DE INTENDENTE DEL CUERPO DE POLICÍA LOCAL DE TORREJON DE ARDOZ**

Apellidos.....  
Nombre.....  
Fecha de nacimiento.....  
DNI .....

Por la presente autorizo al Equipo Médico designado por el Ayuntamiento para la realización de la prueba de reconocimiento médico establecida en el proceso de selección para Intendente del Cuerpo de Policía Local de Torrejón de Ardoz, a realizar las exploraciones médicas necesarias, así como a proceder a la extracción 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 el caso de no recordarlos.)

Y para que conste, firmo la presente autorización en ..... , el día .....de ..... de .....

(Firma del interesado/a)



## ANEXO VI

D. ....  
con Documento Nacional de Identidad nº ..... , declara bajo juramento o promete, a efectos de su participación en el proceso selectivo para acceder a la categoría de Intendente del Cuerpo de Policía Local de Torrejón de Ardoz, que se compromete, en caso de ser nombrado Intendente, a portar el arma reglamentaria y, en su caso, llegar a utilizarla.

En ..... , el día .....de ..... de .....

(Firma del interesado/a)