ANEXO II. AUTORIZACION PARA SOMETERSE A PRUEBAS MEDICAS

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA PROVEER PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE **BOMBEROS ESPECIALISTAS DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID.**

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 proveer plazas de la categoría de **BOMBERO ESPECIALISTA DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID,** 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, bajo mi responsabilidad, que toda la información verbal y/o escrita que proporciono y se me solicita es veraz.

Declaro de igual modo 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

Madrid, a …… de…… de 2026.

FIRMADO:

SERVICIO DE SALUD LABORAL
Dehesa de la Villa, nº 1 esquina C/ Francos Rodriguez s/n (final)
28040 Madrid
TELF: 915883176/915132947
E-mail: mspsaludlaboral@madrid.es
www.madridsalud.es –www.madrid.es

SELLO EXCELENCIA +500 Año 2022
Carta de Servicio Certificada UNE 93200:2008 ORGANIZACIÓN CERTIFICADO
CSV: CMTKY6MXL4MXS2RM
Verificable en https://csv.madrid.es/VECSV_WBCONSULTA/VerificarCove.do