

**ANEXO II**

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

Primer apellido:.....

Segundo apellido: .....

Nombre:.....

D.N.I:.....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 acceso a la categoría de Policía del Cuerpo de Policía Municipal 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 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 2023