



AYUNTAMIENTO

ALPEDRETE

www.alpedrete.es

PLAZA DE LA VILLA, Nº 1
Tel.: 91 857 21 90
Fax: 91 857 16 73
28430 ALPEDRETE (MADRID)

Anexo I

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A TODAS LA PRUEBAS MÉDICAS

APELLIDOS Y NOMBRE:

DNI:

EDAD:

Por la presente autorizo al equipo médico designado para realizar las pruebas médicas indicadas en las bases de selección de la oposición convocada para cubrir una plaza de Policía Local del Ayuntamiento de Alpedrete por el sistema de movilidad sin ascenso, a que me efectúen las exploraciones médicas necesarias, la extracción y analítica necesaria de sangre y de orina.

Y para que así conste firmo la presente autorización

Alpedrete, a

Fdo.: