

**ANEXO VI**

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN EL CUERPO DE LA POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE VALDILECHA A TRAVÉS DE LA CATEGORÍA DE POLICÍA

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 el ingreso, a través de la categoría de Policía, en el Cuerpo de Policía Local del Ayuntamiento de Valdilecha, 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.

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 Valdilecha, a ..... de ..... de 2026