



*Ayuntamiento de la  
Leal Villa de El Escorial  
Madrid*

**ANEXO IV**

**AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN EL CUERPO DE POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE EL ESCORIAL 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 acceso a la categoría de Policía, en el Cuerpo de Policía Local del Ayuntamiento de El Escorial, 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.....,  
a..... de..... de 2021

(Firma)



Gestión Documental: Exp: 4663/2021

Señor Alcalde Presidente del Ayuntamiento de El Escorial (Madrid)

Comprobación de autenticidad e integridad del documento en: <https://sede.elescorial.es>  
Código Seguro de Verificación: 28280IDOC28A2E121FCBD5454A8E





*Ayuntamiento de la  
Leal Villa de El Escorial  
Madrid*

**ANEXO V  
MODELO DE SOLICITUD**



D....., con DNI/pasaporte número....., domiciliado/a en ....., calle o plaza ....., número ....., piso ....., puerta ....., provincia ....., CP ....., teléfono ....., teléfono móvil ....., correo electrónico..... ante el Alcalde Presidente del Ayuntamiento de la Leal Villa de El Escorial(Madrid), comparece y expone:

Que, estando interesado/a en participar en el procedimiento selectivo convocado para la selección de plazas del Cuerpo de Policía Local, categoría policía, en ese Ayuntamiento, solicita ser admitido/a en dicho procedimiento, a cuyos efectos acompaña a la presente instancia la copia del resguardo acreditativo de haber hecho efectivos los derechos de examen, la autorización para someterse a las pruebas médicas que sean necesarias de acuerdo con lo previsto en estas bases, según modelo facilitado por el Ayuntamiento, así como fotocopia de su documento nacional de identidad.

A los mismos efectos declara que conoce y acepta íntegramente las bases generales y específicas de la convocatoria y que reúne todas y cada una de las condiciones exigidas tal y como se establece en la base segunda de las generales.

Que, a efectos de dar cumplimiento a lo establecido en la base tercera de la convocatoria, declara bajo juramento su compromiso de portar armas y de utilizarlas en los casos previstos en la Ley.

A los mismos efectos manifiesta expresamente mediante este documento su consentimiento y autorización irrevocables para que el Ayuntamiento de El Escorial someta sus datos de carácter personal al tratamiento que en cada caso resulte procedente, de acuerdo con las mencionadas bases.

Lo que solicita, declara y consiente en....., a..... de..... de 2021

(Firma)

Señor Alcalde Presidente del Ayuntamiento de El Escorial (Madrid)

Comprobación de autenticidad e integridad del documento en: <https://sede.elescorial.es>  
Código Seguro de Verificación: 28280IDOC28A2E121FCBD5454A8E

