

SOLICITUD DE ADMISIÓN A PRUEBAS SELECTIVAS PARA LAS PLAZAS DE POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE BECERRIL DE LA SIERRA.

D. _____,
con DNI n.º _____, domicilio a efectos de notificación en _____,
teléfono de contacto _____, y e-mail _____,

EXPONE:

PRIMERA. Que vista la convocatoria publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid n.º 256 de fecha 21 de octubre de 2020, en relación con la convocatoria de las plazas de Policía Local, y reuniendo todas y cada una de las condiciones exigidas en la Bases referidas a la fecha de expiración del plazo de presentación de la instancia.

SEGUNDO. Que declara conocer las Bases Generales y Específicas de la convocatoria relativas a las pruebas por la que ha de regirse el procedimiento para proveer las plazas de Policía Local del Ayuntamiento de Becerril de la Sierra.

TERCERO. Que reúno todos y cada uno de los requisitos exigidos en la Base 2 de la presente convocatoria.

CUARTO.- acompaño los siguientes documentos:

- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad
- Anexo V debidamente cumplimentado y firmado

SOLICITA

Que se admita esta solicitud para las pruebas de selección de personal referenciada.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

El solicitante,

ANEXO V

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

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 ingreso, a través de la categoría de Policía, en el Cuerpo de la Policía Local del Ayuntamiento de Becerril de la Sierra, a realizar las exploraciones médicas necesarias, así como a proceder a la extracción y 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 20.....

Firma: