

RECONeixEMENT MÈDIC

Mitjançant aquest escrit, dono el meu consentiment perquè els resultats del reconeixement mèdic a l'efecte de comprovar que no pateixo malaltia o defecte físic o psicofísic que impedeixi o disminueixi el desenvolupament correcte de les funcions, en relació amb el quadre d'exclusions que s'estableix en l'annex 5 del Decret 40/2019, de 24 de maig, pel qual s'aprova el Reglament marc de coordinació de les policies locals de les Illes Balears, siguin posats a disposició del Tribunal qualificador del procés selectiu pertinent.

Nom i llinatges:

DNI:

Data naixement:

Lloc de feina: Policia local

Telèfon:

Es comunicarà el dia i hora per efectuar el reconeixement mèdic esmentat

Palma,

Rúbrica del/de la treballador/a