

AUTORIZACIÓN PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SE DETERMINEN PARA EL INGRESO EN EL CUERPO DE POLICÍA LOCAL DEL AYUNTAMIENTO DE ARANDA DE DUERO.

Nombre:

Apellido 1:

Apellido 2:

DNI:

Según la base tercera, *Instancias*, para formar parte de las pruebas selectivas, manifiesto que reúno todas y cada una de las condiciones exigidas en la Base Segunda y además AUTORIZO por la presente al equipo médico designado para la realización de la prueba “reconocimiento médico”.

Y para que así conste, firmo la presente autorización en \_\_\_\_ (LOCALIDAD) \_\_\_\_ a \_\_ (FECHA) \_\_\_\_ de 2018.

FIRMA

Declaro mi conocimiento de que, de conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, y el Real Decreto Ley 5/2018, los datos de carácter personal contenidos en este impreso serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y cuyo responsable es el Ayuntamiento de Aranda de Duero.

Igualmente, soy conocedor/a de que puedo ejercer el Derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la citada Ley y su Reglamento mediante escrito dirigido al Ayto. de Aranda de Duero, Plaza Mayor, nº1. 09400 Aranda de Duero (Burgos).