

CERTIFICADO DE AUTENTICIDAD DE PRUEBAS MÉDICAS

El/los abajo firmante/s del presente documento queda/n enterado/s de que D./D^a _____, con DNI núm. _____ está participando como OPOSITOR/A A POLICÍA LOCAL al Ayuntamiento de Pozoblanco (Córdoba), por lo que de la veracidad de las pruebas médicas que se le realicen a dicho/a opositor/a, puede/n responder y ser tenidas en consideración en un procedimiento judicial, de demostrarse alguna falsedad o suplantación de personalidad.

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

Al/la opositor/a arriba citado/a, una vez comprobada su identidad por el DNI, Pasaporte o Carne de Conducir, se le ha realizado en mi presencia o lo he efectuado personalmente, el estudio radiológico solicitado por el Ayuntamiento en el que oposita y prescrito por el asesor médico de dicho Tribunal de oposiciones.

_____ a ____ de junio de 2018

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA EXTRACCIÓN

VºBº DEL RESPONSABLE MÉDICO Y
SELLO DEL CENTRO SANITARIO O
GABINETE RADIOLÓGICO

Fdo.: _____

Fdo.: _____

DNI o nº colegiado/CNP _____

DNI o nº colegiado/CNP _____

OBSERVACIONES QUE SE REALIZAN CON LA FIRMA Y DATOS DE CONTACTO (Teléfono o dirección postal o e-mail o fax) DE QUIEN LAS EFECTÚE