

CERTIFICADO DE AUTENTICIDAD DE PRUEBAS MEDICAS

El abajo firmante del presente documento queda enterado de que D. _____, con D.N.I. numero: _____ está participando como OPOSITOR A POLICIA LOCAL al Ayuntamiento de _____ (Córdoba), por lo que de la veracidad de las pruebas médicas que se le realicen a dicho opositor, pueden responder y ser tenidas en consideración en un procedimiento judicial, de demostrarse alguna falsedad o suplantación de personalidad.

(Básicamente lo anterior consiste únicamente en tener la absoluta seguridad de que la muestra de sangre se ha obtenido a la persona indicada por ello la importancia de asegurarse que el nombre coincide con su DNI y , a su vez, con quien se le extrae la muestra)

ESTUDIOS ANALITICOS Y DE LABORATORIO BIOPATOLOGICO

Al opositor arriba citado, una vez comprobada su identidad por el D.N.I. Pasaporte o Carne de Conducir, le he extraído personalmente, la muestra de sangre para realizarle el estudio analítico indicado por el Ayuntamiento en el que oposita y prescrito por el asesor medico de dicho Tribunal de Oposiciones.

_____ a ____ de _____ del 2.01 ____

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA EXTRACCION
(imprescindible, con el nombre y
apellidos legibles)

SELLO DEL CENTRO SANITARIO O
LABORATORIO

Fdo.:
DNI: _____, o Nº Colegiado:
o CNP:

-
OBSERVACIONES QUE QUIERAN REALIZAR LOS PROFESIONALES SANITARIOS, CON LA FIRMA Y DATOS DE CONTACTO (Teléfono o dirección postal o e-mail o fax) DE QUIEN LAS EFECTUE

CERTIFICADO DE AUTENTICIDAD DE PRUEBAS MEDICAS

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

(Básicamente lo anterior consiste únicamente en tener la absoluta seguridad de que los estudios de imagen se le han realizado a la persona indicada por ello la importancia de asegurarse que el nombre coincide con su DNI y , a su vez, con quien se le realiza la prueba)

ESTUDIOS RADIOLOGICOS

Al opositor arriba citado, una vez comprobada su identidad por el D.N.I. Pasaporte o Carné de Conducir, le he efectuado, personalmente, el estudio radiológico indicado por el Ayuntamiento en el que oposita y prescrito por el asesor médico de dicho Tribunal de Oposiciones.

_____ a ___ de _____ del 2.01__

FIRMA DE QUIEN REALIZA EL ESTUDIO
(imprescindible, con el nombre y
apellidos legibles)

SELLO DEL CENTRO SANITARIO O GABINETE
RADIOLOGICO

Fdo.:
DNI: _____ , o Nº Colegiado:
o CNP:

OBSERVACIONES QUE QUIERAN REALIZAR LOS PROFESIONALES SANITARIOS, CON LA FIRMA
Y DATOS DE CONTACTO (Teléfono o dirección postal o e-mail o fax) DE QUIEN LAS EFECTUE: