

MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA SOMETERSE A TODAS LAS PRUEBAS FÍSICAS QUE DETERMINE EL TRIBUNAL MÉDICO

Apellidos y Nombre:

D.N.I.:

Edad:

Doy mi consentimiento a que se me realicen las pruebas de dopaje que se consideren oportunas durante la realización de todo el proceso selectivo. Igualmente autorizo por la presente al Equipo Médico que determine el Ayuntamiento o gabinete médico correspondiente, a que me efectúen las Exploraciones Médicas necesarias, la Extracción y Analítica de Sangre y la Analítica de Orina en los siguientes parámetros:

Análisis de sangre:

Hemograma completo, Fórmula leucocitaria, Glucosa, Colesterol Total, HDL Colesterol, Triglicéridos, Urea, Creatinina, Ácido Úrico, Bilirrubina Total, G.O.T. (A.S.T.), G.P.T. (A.L.T.), Gammma Glutamyl Trans-peptidasa (G.G.T.), Fosfatasa alcalina, Hierro.

En caso de dar elevada la tasa de Transaminasas, se efectuará la determinación del anti Hbc y del Ag Hbs.

Análisis de orina:

Densidad, pH, Anormales.

Detección de Drogas: Opiáceos, Cannabis, Metabolitos de Cocaína.

Sedimento: Análisis citológicos.

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 _____

Fdo.: