



**ANEXO V**

**ACEPTACIÓN EXPRESA PARA SOMETERSE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE SEAN  
NECESARIAS PARA ACREDITAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL PARA EL  
DESEMPEÑO DE LAS TAREAS Y FUNCIONES DEL PUESTO**

D./D<sup>a</sup> ..... con D.N.I.  
número ....., acepto expresamente someterme a las pruebas médicas que  
sean necesarias para acreditar mi capacidad funcional para el desempeño de las tareas y  
funciones del Puesto de Trabajo.

En Alcorcón, a ..... de ..... de .....

Fdo. ....