



PRUEBAS SELECTIVAS 4 PLAZAS POLICÍA LOCAL ILTMO. AYUNTAMIENTO DE ESPEJO

**ESCALA: ADMINISTRACIÓN ESPECIAL
SUBESCALA: SERVICIOS ESPECIALES
CATEGORÍA: POLICÍA
CUERPO: POLICÍA LOCAL**

CONVOCATORIA: BOE de 29 de diciembre de 2020 (BOP 23 de noviembre y 2 de diciembre de 2020 y BOJA 18 de diciembre de 2020).

NOTA INFORMATIVA CUARTA PRUEBA FASE OPOSICIÓN.EXAMEN MÉDICO. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

De conformidad con lo acordado por este Tribunal, y a efectos informativos, se comunica a los Sres. opositores que para la realización de la cuarta prueba: **Examen Médico, los aspirantes que sean convocados en su momento para la realización de dicha prueba**, deberán de asistir provistos **de las pruebas complementarias** que se detallan, así como de la **certificación de autenticidad** que acredite la efectiva realización de dichas pruebas:

-ANALISIS:

* SANGRE:

- Hematimetría, fórmula, recuento, V. de S.
- Glucemia, creatinina, colesterol, A. Úrico, GPT, GGT.

* ORINA:

- Completa con sedimento.

- RADIOGRAFIAS:

- * Telemetría de Columna Cervical, Dorsal y Lumbar en bipedestación en AP (incluyendo caderas).
- * Columna Cervical (lateral) y C. Lumbar (lateral).

Si no fuese posible, técnicamente, la telemetría, deberán hacerse radiografías en bipedestación de c. de cervical, dorsal y lumbar (incluyendo caderas) en AP más las laterales anteriormente referenciadas.

**Para cualquier consulta o aclaración, contactar con la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Riesgos Laborales de la Excm. Diputación Provincial de Córdoba, en el teléfono 957-492814.*

Se adjunta al presente anuncio la siguiente documentación:

Código seguro de verificación (CSV):

F31D EC34 77C5 05D5 D9AA



F31DEC3477C505D5D9AA

Este documento es una copia en papel de un documento electrónico. El original podrá verificarse en <http://www.espejo.es> (Validación de documentos)

Firmado por LA SECRETARIA - INTERVENTORA RASCON CORDOBA INMACULADA el 30/7/2021



- INSTRUCCIONES PARA LOS OPOSITORES (Este documento debe firmarlo el opositor y entregarlo en el Equipo Médico Examinador el día del examen médico).
- SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS SELLADA POR EL AYUNTAMIENTO DE ESPEJO (Este documento debe rellenarlo el opositor con sus datos identificativos y entregarlo en el centro médico donde acuda para realizarlos).
- SOLICITUD DE ANÁLISIS SELLADA POR EL AYUNTAMIENTO DE ESPEJO (Este documento debe rellenarlo el opositor con sus datos identificativos y entregarlo en el centro médico donde acuda para realizarlos).
- MODELOS DE CERTIFICADOS DE AUTENTICIDAD DE LAS PRUEBAS MÉDICAS. (Estos certificados deberá rellenarlos el opositor con sus datos identificativos y entregarlos en el centro médico donde acuda para realizar las pruebas para su cumplimentación y firma, y entregarlos en el Equipo Médico Examinador el día del examen médico).

La convocatoria para la realización de dicha prueba médica será publicada con la antelación mínima establecida en las bases reguladoras de la convocatoria, una vez que se hayan publicado los resultados de la prueba de conocimientos, y se conozcan los aspirantes que han superado dicha prueba, realizada el pasado día 20 de julio de 2021; siendo citados para dicha prueba un número mínimo de cuatro aspirantes y máximo de doce, dependiendo en todo caso, el número mínimo de aspirantes que sean citados, de los resultados obtenidos en la prueba de conocimientos, al tratarse de pruebas de carácter eliminatorio.

**En Espejo, a fecha y firma digital. La Secretaria del Tribunal. Fdo.:
Inmaculada Rascón Córdoba.**

Código seguro de verificación (CSV):

F31D EC34 77C5 05D5 D9AA



F31DEC3477C505D5D9AA

Este documento es una copia en papel de un documento electrónico. El original podrá verificarse en
<http://www.espejo.es> (Validación de documentos)

Firmado por LA SECRETARIA - INTERVENTORA RASCON CORDOBA INMACULADA el 30/7/2021

INSTRUCCIONES PARA LOS OPOSITORES

(Este documento debe firmarlo el opositor y entregarlo en el Equipo Medico Examinador el día del examen medico)

Con relación al llamamiento de los opositores en el lugar del examen medico:

-. Los opositores estarán citados ,por el Ayuntamiento convocante, según el orden que se hubiese establecido,(a las 8:00 de la mañana) en las dependencias de la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Riesgos Laborales de la Excm. Diputación Provincial de Córdoba, sito en C/ Abderramán III, s/n esquina C/ Pintor Palomino. (Barriada de La Huerta de la Reina), que actuará como Tribunal Medico Examinador. Si no conocieran con precisión la dirección, prevéanlo con tiempo suficiente, (ademas de que en esta zona los aparcamientos de vehículos están muy restringidos), pues los opositores tienen “llamamiento único”. (contabilizado según el reloj del Representante del Tribunal) (Se adjunta plano).

-. Un miembro del tribunal se personará cada día a la hora fijada para realizar el llamamiento a los opositores y solventar posibles dudas/incidencias. Este es el representante legal del Tribunal de la oposición y al que deberá dirigirse pues los miembros del Equipo Medico Examinador no pueden resolver nada de lo concerniente a dicha oposición, excepto a lo relativo al examen medico.

Con relación al examen medico

-. Para dar cumplimiento, en parte, a lo preceptuado en los dos últimos puntos y aparte del cuadro de exclusiones medicas aprobado por Orden de 22 de diciembre de 2003, los opositores deberán acudir al llamamiento provistos de unos análisis de sangre y orina y , así mismo, de estudios radiológicos cuyas peticiones le serán facilitadas por el Ayuntamiento convocante, en el caso de que este no pueda hacerse cargo de los gastos de dichos estudios. Se le informa que el día del examen medico se le pueden efectuar pruebas para la detección de “drogas de abuso” en orina, dando su consentimiento explícitamente para ello con la sola presentación a la prueba medica.

-. Aquellos opositores que posean estudios radiológicos idénticos a los solicitados para esta oposición y hayan sido realizados en un plazo inferior a 4 años, son validos y no precisan otros nuevos. Si estuvieran en nuestro poder por haber concurrido anteriormente a otra oposición y no hubiesen transcurrido 4 años, tampoco deben de realizárselos.

-.Los análisis tienen una validez de 4 meses y se seguirá el mismo criterio que con las radiografías.

-. Los opositores pueden realizarse los estudios donde lo deseen : Sanidad Publica, Sanidad Privada, por su propia cuenta...aunque todos deberán venir acompañados del correspondiente Certificado de Autenticidad firmado necesariamente por quienes extraen las muestras de sangre (normalmente Enfermero/a) y quienes les hacen las radiografías,(normalmente Tecnicos y/o Enfermeros) no admitiéndose ninguna prueba sin este requisito. En el caso de que el Ayuntamiento convocante de las pruebas asumiese el coste de las mismas, los opositores deberán venir al llamamiento, además, en AYUNAS .(No haber ingerido alimentos en las ultimas 8-10 horas anteriores al examen medico).Si el opositor estuviese tomando medicación y no debiera suspenderla, deberá consultarnos para determinar si la misma influye en los análisis.

-. Aquellos opositores que resultasen “no aptos” en el examen medico, no se harán publicas las causas por las que lo han sido.

-. El opositor, una vez iniciado el examen medico podrá, en cualquier momento , abandonarlo, no pudiéndosele considerar como “no apto” sino como “desestimación”.

-. Para cualquier duda o aclaración, contactar con la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Riesgos Laborales de la Excm. Diputación Provincial de Córdoba en el teléfono: 957 492 814.(L. a V. 7-14 h.)

Córdoba, ____ de _____ de 202_

(Firma del opositor de haber quedado enterado y conforme de lo que antecede)

Nombre _____

D.N.I. _____

SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS

Rogamos practiquen al portador de la presente, D
....., tras comprobar su identidad, con el D.N.I. n°
.....las siguientes radiografías, con su correspondiente **informe radiológico**

- Telemetría de Columna Cervical, Dorsal y Lumbar en bidedestación en AP (incluyendo caderas).
- Columna Cervical (lateral)
- Columna Lumbar (lateral).
- (En el caso de no poderse realizar técnicamente la telemetría, se deberá derealiza, además de lo anterior : A.P de c. cervico-dorsal y A.P. de c. lumbosacra,incluyendo caderas.)

El costo economico del presente estudio, si procediese, correrá por cuenta del/a interesado/a.

En Espejo a julio de 2021

AYUNTAMIENTO DE ESPEJO



Si el opositor tiene estudio radiográfico realizado y depositado en el Servicio Médico de la Diputación Provincial de Córdoba, podría aportarlo sin tenérselo que repetir si su periodo de realización es el inferior a 4 años. En caso de que el periodo fuese superior a ese plazo contactar con dicho servicio -957492814 (L-V 7 a 14 h.)- para valorar cada caso individualmente.

SOLICITUD DE ANALISIS

Rogamos practiquen al portador de la presente
D....., con D.N.I.
n.º.....tras comprobar su identidad, las siguientes
determinaciones analíticas:

- **SANGRE:**

- Hematimetría, fórmula, recuento, V.deS.
- Glucemia, creatinina, colesterol, A . Úrico,
GPT, GGT.

- **ORINA:**

- Completa con sedimento.

El costo económico del presente estudio, si procediese, correrá por cuenta del/a interesado/a.

En Espejo, a julio de 2021

AYUNTAMIENTO DE ESPEJO



Si el opositor tiene estudio radiográfico realizado y depositado en el Servicio Médico de la Diputación Provincial de Córdoba, podría aportarlo sin tenérselo que repetir si su periodo de realización es el inferior a 4 años. En caso de que el periodo fuese superior a ese plazo contactar con dicho servicio -957492814 (L-V 7 a 14 h.)- para valorar cada caso individualmente.

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 POLICÍA 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 ANALÍTICOS Y DE LABORATORIO BIOPATOLÓGICO

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 DEL **ENFERMERO/A** QUE REALIZA LA
EXTRACCIÓN
(**imprescindible, con el nombre y
apellidos legibles**)

SELLO DEL CENTRO SANITARIO O
LABORATORIO

Fdo.: _____
DNI: _____, o N° 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 EFECTÚE

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 POLICÍA 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 RADIOLÓGICOS

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 DEL **TÉCNICO/A** QUE REALIZA EL
ESTUDIO
(**imprescindible, con el nombre y
apellidos legibles**)

SELLO DEL CENTRO SANITARIO O GABINETE
RADIOLÓGICO

Fdo.: _____
DNI: _____, o N° 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 EFECTÚE:**