



PPR-148.2

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo al personal médico, adscrito a la Oficina de Servicios Médicos del Negociado de la Policía de Puerto Rico a realizar el examen físico como parte del proceso evaluativo.

- \_\_\_\_\_ Licencia Militar
- \_\_\_\_\_ Divisiones Especializadas
- \_\_\_\_\_ Reingreso
- \_\_\_\_\_ Reinstalación
- \_\_\_\_\_ Dispensa por edad

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Placa:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Unidad Trabajo:** \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa)