

## ANEXO II

### **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. ....

**ANEXO III**  
**DECLARACIÓN RESPONSABLE**  
**DE NO HABER SIDO SEPARADO DEL SERVICIO NI HALLARSE INHABILITADO**

D./D<sup>a</sup>. ..... con D.N.I. número  
....., declaro:

- que no he sido separado/a mediante expediente disciplinario del servicio de cualquiera de las administraciones públicas o de los órganos constitucionales o estatutarios de las comunidades autónomas,
- que no me hallo en inhabilitación absoluta o especial para empleos o cargos públicos por resolución judicial, para el acceso al cuerpo o escala de funcionarios, o para ejercer funciones similares a las que desempeñaban en el caso de personal laboral, en el que hubiese sido separado o inhabilitado.
- En el caso de ser nacional de otro Estado, no me hallo inhabilitado o en situación equivalente ni he sido sometido a sanción disciplinaria o equivalente que impida, en mi Estado, en los mismos términos el acceso al empleo público.

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

Fdo. ....