

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani
urodzony (a) dnia W
zamieszkały (a) w

posiada / nie posiada* przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym** prowadzonym przez Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Tucholi.

***Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: test sprawności (próba wydolnościowa – Beep test, podciąganie się na drążku, bieg po kopercie) a ponadto: sprawdzian lęku wysokości (akrofobia) oraz sprawdzian z pływania.*

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Tucholi dla potrzeb prowadzonej rekrutacji do służby przygotowawczej w Państwowej Straży Pożarnej.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.

***niepotrzebne skreślić**