

.....
(pieczęć nagłówkowa zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badań lekarskich na podstawie § 2 ust 5 zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 2009 roku w sprawie przeprowadzania okresowych bezpłatnych badań lekarskich członka ochotniczej straży pożarnej biorącego bezpośredni udział w działaniach ratowniczych (Dz. U. 2009 Nr 210 poz. 1627) orzeka się, że

Pan/Pani*
(wpisać imię i nazwisko)

syn/córka* urodzony/urodzona* dnia
(wpisać imię ojca) (wpisać datę)

w w województwie
(wpisać nazwę miejscowości) (wpisać nazwę województwa)

zamieszkały/zamieszkała w
(wpisać adres)

posiadający/posiadająca* numer PESEL (w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

..... o numerze)*
(wpisać nazwę dokumentu) (wpisać numer dokumentu)

który/która* w Ochotniczej Straży Pożarnej w
(wpisać nazwę OSP)

.....
(wpisać adres OSP)

pełni funkcję
(wpisać nazwę funkcji)

wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest **zdolny/zdolna** – **niezdolny/niezdolna*** do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych polegających na walce z pożarami, klęskami żywiołowymi i innymi miejscowymi zagrożeniami przy pomocy specjalistycznego sprzętu, w tym również sprzętu ochrony dróg oddechowych.

Ponadto stwierdzam, że wymieniony/wymieniona* jest zdolny/zdolna* do udziału:

- w szkoleniach ratowniczych,
- w zawodach sportowych,
- w zawodach sportowo-pożarniczych,
- w ćwiczeniach ratowniczych.*

Zaświadczenie jest ważne do dnia

Uwaga: niniejsze zaświadczenie lekarskie może być wydane na okres nie dłuższy niż 3 lata.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* - niepotrzebne skreślić