.....
Pieczęć placówki służby zdrowia

……dnia …….. 2024 r.
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani:

Nazwisko i imię: ..... PESEL: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Seria i numer dowodu osobistego: .....

Zamieszkały/a: .....

jest zdolny(-a) do przystąpienia do testu sprawności fizycznej.

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia podczas testu sprawności fizycznej do Szkoły Aspirantów Państwowej Straży Pożarnej w Krakowie (kształcenie dzienne w zawodzie technik pożarnictwa).

UWAGI: .....

.....
Pieczęć i podpis lekarza