Załącznik nr 5 do ogłoszenia o naborze do służby w KP PSP Starogard Gdański

………………………………………………………

 (pieczątka Zakładu Służby Zdrowia)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadcza się, że Pan/Pani\*: ………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

urodzony/a\* w …………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (data urodzenia) |  | (miejscowość) |

zamieszkały/a …………………………………………………………………………………………..

( adres )

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

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Starogardzie Gdańskim dla potrzeb prowadzonej rekrutacji do służby w PSP.

………………………………………………………

(pieczątka i podpis lekarza)

 \* niepotrzebne skreślić

\*\* postępowanie kwalifikacyjne obejmuje:

 - próbę wydolnościową (beep test),

 - test sprawności fizycznej: podciąganie się na drążku, bieg po kopercie,

 - sprawdzian z braku lęku wysokości (akrofobia) – polegający na asekurowanym samodzielnym wejściu po drabinie ustawionej pod kątem 75o na wysokość 20 m i zejście.