

Załącznik nr 2
do ogłoszenia o naborze do służby w KP PSP w Gostyninie

....., dnia.....

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani*:

.....
(imię i nazwisko)

urodzony/a*w.....
(data urodzenia) (miejsowość)

zamieszkały/a*

.....
(adres)

Posiada /nie posiada* przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym** prowadzonym przez Komendę Powiatową PSP w Gostyninie.

**Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe: podciąganie na drążku, bieg po kopercie, próbę wydolnościową (beep test) a ponadto: sprawdzian lęku wysokości (akrofobia) oraz sprawdzian z pływania.

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

*niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć i podpis lekarza)