

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka Zakładu Służby Zdrowia)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani\*: .....  
(imię i nazwisko)

urodzony/a\* ..... W .....  
(data urodzenia) (miejsowość)

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.*

.....  
(pieczętka 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 75° na wysokość 20 m i zejście.

