

.....dnia.....

.....  
(pieczętka zakładu służby zdrowia)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani\*:

.....  
(imię i nazwisko)

Urodzony/a\* .....  
(data urodzenia)

w.....  
(miejscowość)

Zamieszkały/a\* .....  
(adres)

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

\*\*Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe: podciąganie się na drążku (rzut piłką lekarską w przypadku kobiet), bieg po kopercie, próbę wydolnościową (beep test), a ponadto: sprawdzian braku lęku wysokości (akrofobia).

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

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)