

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(data i miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan(i).....
(imię i nazwisko)

urodzony(a) może przystąpić do udziału w teście sprawności
(data)

fizycznej, próbie wydolnościowej oraz sprawdzanie lęku wysokości (akrofobii)*.

.....
(podpis lekarza)

*opis przebiegu, testu sprawności fizycznej, w tym próby wysokościowej i sprawdzianu z pływania dostępny jest na stronie internetowej komendy <https://www.gov.pl/web/kmpsp-myslowice/ogloszenie-o-naborach> oraz w siedzibie komendy.