……………………………………... ……………………….., dnia ……………………

 (pieczątka zakładu opieki zdrowotnej) (miejscowość)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadcza się, że Pan/Pani ………………………………………………………………..

PESEL …………………………………………………………………..……………………..

urodzony (a) dnia ……………………………………w………………………………………

zamieszkały (a) w …………………………………………………………………………….

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

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

…………………………………

(pieczęć i podpis lekarza)

*\*niepotrzebne skreślić*

*\*\*postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próbę wydolnościową (Beep test), próby sprawnościowe: podciągnięcie na drążku, bieg po kopercie, a ponadto: sprawdzian lęku wysokości (akrofobia)
i sprawdzian z pływania.*

*\*\*\* zaświadczenie zachowuje ważność przez 30 dni od daty wydania*