**Załącznik nr 2** do ogłoszenia o naborze do służby

w KP PSP w Makowie Mazowieckim

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………….…… | …………..……………dnia............................... |
|  |
| (pieczątka zakładu służby zdrowia) |  |
| **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** | |
| Zaświadcza się, że Pan/Pani\*:  …………………….….……………………………………........................................................................................................................  (imię i nazwisko) |  |
|  |
| Urodzony/a\* ....................................................... | w......................................................................... |
| (data urodzenia) | (miejscowość) |

Zamieszkały/a\* .............................................................................................................................................

(adres)

posiada / nie posiada\* przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym\*\* prowadzonym przez Komendę Powiatową PSP w Makowie Mazowieckim.

\*\*Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe: podciąganie się na drążku, 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 Makowie Mazowieckim dla potrzeb prowadzonej rekrutacji do służby w PSP.*

\* niepotrzebne skreślić

……………………………………………

(pieczątka i podpis lekarza)