

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia .....  
(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 Świeciu.

*\*\*Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: test sprawności (próba wydolnościowa – Beep test, podciąganie się na drążku, bieg po kopercie) a ponadto: sprawdzian lęku wysokości (akrofobia).*

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*niepotrzebne skreślić