Załącznik nr 6 do naboru nr POiK.1110.1.2024

…………………………………..………… …………….…………dnia ……………………

 (pieczęć zakładu służby zdrowia)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

 *(imię i nazwisko)*

urodzony/a ……………………………..…….………..…. w ………………………………………….……….

 *(data urodzenia) (miejsce urodzenia)*

zamieszkały/a ………………………………….………………………………………………….….………..….

 *(adres zamieszkania)*

*……………………………………………………………………………………………………………………………...………*

**jest zdolny/zdolna do ćwiczeń fizycznych i może przystąpić do udziału w teście sprawności fizycznej, tj:**

1. próby wydolnościowej – Beep test;
2. testu sprawności fizycznej, obejmującego:

- podciąganie na drążku,

- bieg po kopercie.

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

 ……………………………………

 (pieczątka i podpis lekarza)