

..... dnia.....
(pieczętka zakładu służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani*:

.....
(imię i nazwisko)

Urodzony/a* W.....
(data urodzenia) (miejsowość)

Zamieszkały/a*
(adres)

posiada / nie posiada* przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym** prowadzonym przez Komendę Powiatową PSP w Nowym Dworze Maz..

**Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe: podciąganie na drążku, bieg po kopercie, próbę wydolnościową (beep test).

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

* niepotrzebne skreślić

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

