

....., dnia
(miejsowość) (data)

.....
(pieczętka zakładu służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że stan zdrowia Pana/Pani*

.....
(imię i nazwisko)

Urodzony(-na) W
(data urodzenia)

zamieszkały(-ła):

.....

posiada przeciwwskazania/nie posiada przeciwwskazań* do wykonywania ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym** prowadzonym przez Komendę Miejską PSP w Kaliszu.

** Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje próbę wydolnościową (beep test), próby sprawnościowe: podciąganie się na drążku (dla mężczyzn), rzut piłką lekarską (dla kobiet), bieg po kopercie.

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* niepotrzebne skreślić