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

w KP PSP w Żyrardowie

|  |
| --- |
| ……………………………………….…… ………………………….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 Żyrardowie.

\*\*Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe: podciąganie się na drążku, bieg po kopercie, próbę wydolnościową (beep test) oraz sprawdzian lęku wysokości (akrofobia).

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

……………………………………………………….

 (pieczątka i podpis lekarza)

\* niepotrzebne skreślić