

.....
(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, rzut piłką lekarską,) 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**