

.....  
(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) a ponadto: sprawdzian lęku wysokości (akrofobia), sprawdzian z pływania.*

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**