

....., dnia r.
(miejscowość)

.....
(pieczętka podmiotu leczniczego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że stan zdrowia Pana (Pani).....
(imię i nazwisko)

urodzonego(-ej)
(data urodzenia)

zamieszkałego(-ej)
(miejsce zamieszkania)

pozwala/nie pozwala* na wykonywanie ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym prowadzonym przez Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej we Włoszczowie.

Wyżej wymieniony(a) **może/nie może*** przystąpić do następujących konkurencji:

1. testu sprawności fizycznej obejmującego: podciąganie się na drążku, bieg po kopercie i próbę wydolnościową (Beep test),
2. próby wysokościowej - polegającej na asekurowanym samodzielnym wejściu po drabinie, ustawionej pod kątem 75° na wysokość 20 m oraz samodzielnym zejściu.

*niewłaściwe skreślić

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia podczas postępowania kwalifikacyjnego do służby w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej we Włoszczowie.

.....
(pieczętka i podpis lekarza)