

.....dnia.....

.....
(pieczętka zakładu służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani*:

.....
(imię i nazwisko)

Urodzony/a*
(data urodzenia)

W.....
(miejscowość)

Zamieszkały/a*
(adres)

posiada / nie posiada* przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym** prowadzonym przez Komendę Powiatową PSP w Ostrowi Mazowieckiej.

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

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

* niepotrzebne skreślić

.....
(pieczętka i podpis lekarza)