

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(data i miejscowość)

## ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan(i).....  
(imię i nazwisko)

urodzony(a) ..... może przystąpić do udziału w teście sprawności  
(data)

fizycznej, próbie wydolnościowej oraz sprawdzianie lęku wysokości (akrofobii)\*.

.....  
(podpis lekarza)

\*opis przebiegu, testu sprawności fizycznej, w tym próby wysokościowej dostępny jest na stronie internetowej komendy <https://www.gov.pl/web/kppsp-myszkow/biezace-nabory> oraz w siedzibie komendy.