**Załącznik nr 5** do ogłoszenia o naborze do służby

w Państwowej Straży Pożarnej w Mińsku Mazowieckim

…(pieczątka zakładu służby zdrowia)... ……...……… dnia……………….

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
|  |  |
| **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** |
| Zaświadcza się, że Pan/Pani\*: …………………….….……………………………………......................................................................................................................... (imię i nazwisko) |  |
|  |
| Urodzony/a\* ....................................................... | w ..................................................... |
| (data urodzenia) |  (miejscowość) |

Zamieszkały/a\*

......................................................................................................................................................... (adres)

**posiada / nie posiada**\* przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym\*\* prowadzonym przez Komendę Powiatową PSP w Mińsku Mazowieckim.

\*\*Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe: podciąganie się na drążku (mężczyźni) lub rzut piłką lekarską (kobiety), bieg po kopercie oraz próbę wydolnościową (beep test).

*Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Mińsku Mazowieckim dla potrzeb prowadzonej rekrutacji do służby w PSP.*

 …………………………

(pieczątka i podpis lekarza)

\* niepotrzebne skreślić