

.....  
Pieczęć służby zdrowia

.....  
miejsowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o braku przeciwwskazań zdrowotnych**

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

urodzony/a.....w.....  
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

PESEL												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

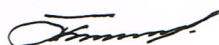
adres zamieszkania.....  
.....

**nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych.**

Wyżej wymieniony/a może przystąpić do następujących konkurencji:

1. Próba wydolnościowa – BEEP TEST.
2. Podciąganie na drążku.
3. Bieg po kopercie.
4. Sprawdzian braku lęku wysokości (asekurowane wejście i zejście po drabinie ustawionej pod kątem 75° na wysokość 20 m)

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



.....  
Pieczęć i podpis lekarza