

..... dnia.....
.....
(pieczętka zakładu służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani*:

.....
(imię i nazwisko)

Urodzony/a* W.....
(data urodzenia) (miejscowość)

Zamieszkały/a*
(adres)

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

**Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe: podciąganie na drążku,-/rzut piłką lekarską, bieg po kopercie, próbę wydolnościową (beep test) a ponadto: sprawdzian lęku wysokości (akrofobia).

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

* niepotrzebne skreślić

.....
(pieczętka i podpis lekarza)