…………........................

(miejscowość i data)

..............................................

 (pieczątka placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadcza się że Pan(i)………………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko)

 urodzony(a) ……………………………może przystąpić do udziału w teście sprawności fizycznej \*.

 (data)

.................................................................................

 (podpis lekarza)

\*opis przebiegu testu sprawności fizycznej dostępny jest w Biuletynie Informacji Publicznej KP PSP Choszczno [***www.kppsp.choszczno.ibip.pl***](http://www.kppsp.choszczno.ibip.pl)oraz na stronie internetowej [***www.choszczno.straz.gov.pl***](http://www.choszczno.straz.gov.pl)