**druk nr 2**

.................................., dnia ............... r.

(miejscowość)

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

(pieczątka podmiotu leczniczego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadcza się, że stan zdrowia Pana (Pani)................................................................................

(imię i nazwisko)

urodzonego(-ej) ............................................................................................................................

(data urodzenia)

zamieszkałego(-ej) .......................................................................................................................

(miejsce zamieszkania)

**pozwala/nie pozwala**\* na wykonywanie ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym prowadzonym przez Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej we Włoszczowie.

Wyżej wymieniony(a) **może/nie może**\* przystąpić do następujących konkurencji:

1. testu sprawności fizycznej obejmującego: podciąganie się na drążku, bieg po kopercie i próbę wydolnościową (Beep test),

2. próby wysokościowej - polegającej na asekurowanym samodzielnym wejściu po drabinie, ustawionej pod kątem 75° na wysokość 20 m oraz samodzielnym zejściu.

\*niewłaściwe skreślić

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

….........................................

(pieczątka i podpis lekarza)