

.....  
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia .....  
(miejscowość)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani .....

PESEL .....

urodzony (a) dnia .....W .....

zamieszkały (a) w .....

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

*\*\*Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje:*

*1. Test sprawności:*

- próba wydolnościowa – Beep test,
- podciąganie się na drążku,
- bieg po kopercie.

*2. Sprawdzian lęku wysokości (akrofobia).*

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

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)