

.....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 Miejską PSP w Ostrołęce.

\*\*Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe: podciąganie się na drążku, bieg po kopercie, próbę wydolnościową (beep test) oraz sprawdzian z lęku wysokości (akrofobia).

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

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

