

....., dnia.....

(miejscowość)

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani*.....

(imię i nazwisko)

Urodzony/a*.....W.....

(data urodzenia)

(miejscowość)

Zamieszkały/a* w:

(miejsce zamieszkania)

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

**Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe: rzut piłką lekarską, podciąganie się na drążku, bieg po kopercie, próbę wydolnościową (beep test).

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* niepotrzebne skreślić

