

..... 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 Powiatową PSP w Lipsku

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

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

\* **niepotrzebne skreślić**

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)