

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani

PESEL

urodzony (a) dniaW

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 – dla mężczyzn,
- rzut piłką lekarską – dla kobiet,
- 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)