

...(pieczętka zakładu służby zdrowia)...

..... dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani*:

.....

(imię i nazwisko)

Urodzony/a*

(data urodzenia)

w

(miejscowość)

Zamieszkały/a*

.....

(adres)

.....* przeciwwskazania/przeciwwskazań** zdrowotnych do wykonywania
ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym*** prowadzonym przez Komendę
Powiatową PSP w Mińsku Mazowieckim.

***Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe: podciąganie się na drążku
(mężczyźni) lub rzut piłką lekarską (kobiety), bieg po kopercie oraz próbę wydolnościową (beep
test) oraz sprawdzian lęku wysokości.

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* Proszę wpisać czy kandydat - **posiada / nie posiada**

** Niepotrzebne skreślić w zależności od wskazań