

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(data i miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan(i).....
(imię i nazwisko)

urodzony(a) może przystąpić do udziału w teście sprawności
(data)

fizycznej i sprawdzanie lęku wysokości (akrofobia)*.

.....
(podpis lekarza)

*opis przebiegu testu sprawności fizycznej, w tym próby wysokościowej dostępny jest na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/kmpsp-gliwice/nabor-do-sluzby-w-km-psp-w-gliwicach-2021r> oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Komendy.