

.....
(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, sprawdzanie lęku wysokości (akrofobii)*.

.....
(podpis lekarza)

*opis przebiegu, testu sprawności fizycznej, w tym sprawdzianu lęku wysokości dostępny jest w Biuletynie Informacji Publicznej <https://www.gov.pl/web/kppsp-mikolow/mapa-strony?show-bip=true> w zakładce „Służba i praca” oraz na stronie <https://www.gov.pl/web/kppsp-mikolow/nabor> oraz w siedzibie Komendy Powiatowej PSP w Mikołowie ul. Konstantego Prusa 7.