

(druk nr 2)

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(data i miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE

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

urodzony(a) może przystąpić do testu sprawności
(data)

fizycznej, sprawdzianu lęku wysokości oraz sprawdzianu z pływania*.

.....
(podpis lekarza)

*opis przebiegu, testu sprawności fizycznej, dostępny jest w Biuletynie Informacji Publicznej KP PSP w Kłobucku, na stronie internetowej Komendy: <https://www.gov.pl/web/kppsp-klobuck/informacja-o-naborze> oraz w siedzibie KP PSP w Kłobucku