

Załącznik nr 5 do ogłoszenia o naborze do służby
w KP PSP w Mińsku Mazowieckim

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

..... dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczam, że Pan/Pani*:

.....

(imię i nazwisko)

Urodzony/a*

(data urodzenia)

W

(miejscowość)

Zamieszkały/a*

.....

(adres)

Posiada przeciwwskazania zdrowotne / Nie posiada 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, bieg po
kopercie, 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)

*** niepotrzebne skreślić**