

**Załącznik nr 2**  
do ogłoszenia o naborze do służby w KP PSP w Gostyninie

....., dnia.....

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadcza się, że Pan/Pani\*:

.....  
(imię i nazwisko)

urodzony/a\* .....w.....  
(data urodzenia) (miejsowość)

zamieszkały/a\*

.....  
(adres)

Posiada /nie posiada\* przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym\*\* prowadzonym przez Komendę Powiatową PSP w Gostyninie.

\*\*Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe: podciąganie na drążku, bieg po kopercie, próbę wydolnościową (beep test) a ponadto: sprawdzian lęku wysokości (akrofobia) oraz sprawdzian z pływania.

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

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)