

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(data i miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE

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

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

fizycznej oraz sprawdzianu lęku wysokości*

.....
(podpis lekarza)

*opis przebiegu testu sprawności fizycznej, sprawdzianu lęku wysokości (akrofobia) dostępny jest na stronie internetowej Komendy <https://www.gov.pl/web/kwpsp-katowice> w zakładce „załatw sprawę” – nabór do służby w KW PSP Katowice.