

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

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadcza się, że Pan/Pani\*:

.....  
(imię i nazwisko)

Urodzony/a\* .....  
(data urodzenia)

W .....  
(miejscowość)

Zamieszkały/a\* .....  
( adres )

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

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

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

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)