…… ……

pieczątka zakładu służby zdrowia *Miejscowość, data*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani*: ……

(imię i nazwisko)

Urodzony/a* ……. w ……

(data urodzenia). *(miejscowość)*

Zamieszkały/a* ……

(adres)

Jest zdolny* / zdolna* do udziału w teście sprawności fizycznej (podciąganie na drążku, rzut piłą lekarską, bieg po kopercie, próba wydolnościowa - beep test).

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia Komendantowi Wojewódzkiemu Państwowej Straży Pożarnej w Poznaniu oraz komisji rekrutacyjnej dla potrzeb prowadzonej rekrutacji do służby.

……

(pieczątka i podpis lekarza)

**-właściwe podkreślić*