

.....  
miejscowość

.....  
data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadcza się, że Pan/Pani\*:

.....  
(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a\* .....  
(adres)

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

\*\* Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe (podciąganie na drążku, bieg po kopercie, próbę wydolnościową –Beep test)

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

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)