

.....  
Pieczęć placówki służby zdrowia

.....dnia.....20.....r  
miejsowość

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**Zaświadcza się, że Pan/Pani:**

Nazwisko i imię:..... PESEL:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Seria i nr dowodu osobistego:.....

Zamieszkały/a: .....

**jest zdolny(-a) do przystąpienia do testu sprawności fizycznej.**

**Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia na egzaminie sprawnościowym do Szkoły Aspirantów Państwowej Straży Pożarnej w Poznaniu (kształcenie dzienne w zawodzie technik pożarnictwa).**

UWAGI: .....

.....  
Pieczęć i podpis lekarza