

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(data i miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE

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

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

fizycznej, sprawdzianu lęku wysokości oraz sprawdzianu z pływania*.

.....
(podpis lekarza)

*opis przebiegu testu sprawności fizycznej, sprawdzianu lęku wysokości (akrofobia) oraz sprawdzianu z pływania dostępny jest w Biuletynie Informacji Publicznej Komendy Miejskiej PSP w Częstochowie <http://kmpsp.czyst.pl/praca-bip>, na stronie internetowej <http://kmpsp.czyst.pl/praca> i w siedzibie Komendy Miejskiej PSP w Częstochowie przy ulicy Sikorskiego 82/94.