……, dnia …… r.
miejscowość *data*

……
Pieczęć placówki służby zdrowia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię ……

Data i miejsce urodzenia ……

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Seria i nr dowodu tożsamości ……

Zamieszkały/a ……

W/w jest zdolny do przystąpienia do egzaminu sprawnościowego w Szkole Głównej Służby Pożarniczej.

……
Pieczęć i podpis lekarza