

....., dnia ..... r.  
miejsowość 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*