

.....
(pieczęć nagłówkowa zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badań lekarskich na podstawie § 2 ust 5 zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 2009 roku w sprawie przeprowadzania okresowych bezpłatnych badań lekarskich członka ochotniczej straży pożarnej biorącego bezpośredni udział w działaniach ratowniczych (Dz. U. 2009 Nr 210 póź. 1627) orzeka się, że

Pan/Pani*
(wpisać imię i nazwisko)

syn/córka* urodzony/a dnia
(wpisać imię ojca) (wpisać datę)

W województwo
(wpisać nazwę miejscowości) (wpisać nazwę województwa)

zamieszkały/a w
(wpisać adres)

posiadający/a* numer PESEL

który/a w Ochotniczej Straży Pożarnej w
(wpisać nazwę OSP)

pełni funkcję
(wpisać funkcję)

wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest **zdolny/a - niezdolny/a** do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych polegających na walce z pożarami, klęskami żywiołowymi i innymi miejscowymi zagrożeniami przy pomocy specjalistycznego sprzętu, w tym również sprzętu ochrony dróg oddechowych.

Ponadto stwierdzam, że wymieniony/wymieniona jest zdolny/zdolna do udziału:

- w szkoleniach ratowniczych,
- w zawodach sportowych,
- w zawodach sportowo-pożarniczych,
- w ćwiczeniach ratowniczych,

Zaświadczenie jest ważne do dnia

Uwaga: niniejsze zaświadczenie lekarskie może być wydawane na okres nie dłuższy niż 3 lata.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* - niepotrzebne skreślić