ZAŚWIADCZENIE ZDROWOTNE

Numer zaświadczenia _____

Dane osoby przeprowadzającej badanie		Dane osoby badanej	
_____	_____	_____	_____
Imię i nazwisko	**Afiliacja**	**Imię i nazwisko**	**Data urodzenia**
_____	_____	_____	
Tytuł zawodowy	**Kontakt**	**Numer dokumentu tożsamości**	

Wyniki badania

Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdza się, że osoba badana:

☐ **Nie wykazuje przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania obowiązków służbowych w Los Santos Police Department, w tym do posługiwania się bronią palną.**

☐ **Wykazuje przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania obowiązków służbowych w Los Santos Police Department, w tym do posługiwania się bronią palną.**

Oświadczenie osoby przeprowadzającej badanie

Oświadczam, że badanie zostało przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi standardami medycznymi i etycznymi, w tym z wytycznymi dotyczącymi oceny zdolności do służby w formacjach mundurowych.

_____

Podpis osoby przeprowadzającej badanie

Oświadczenie o poufności

Ważność zaświadczenia oraz informacje zawarte w tym zaświadczeniu są poufne i przeznaczone wyłącznie do użytku Los Santos Police Department w celu oceny zdolności do służby.