Pieczęć jednostki przeprowadzającej badanie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego mającego na celu ocenę zdolności do pełnienia obowiązków prokuratora stosownie do przepisu § 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 września 2014 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych kandydatów do objęcia urzędu sędziego (Dz. U. z 2018 r. poz. 619) w związku z art. 75 § 1 pkt 4 i art. 77 § 2 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. Prawo o prokuraturze (Dz. U. z 2026 r. poz. 810)

stwierdzam, że:

Pani /Pan ……
(imię i nazwisko)

nr PESEL ……..

adres zamieszkania……
(miejscowość, ulica, nr domu)

1. wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych – jest zdolny(a) do pełnienia obowiązków prokuratora.

2. wobec przeciwwskazań zdrowotnych – jest niezdolny(a) do pełnienia obowiązków prokuratora.

(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza)

*niepotrzebne skreślić