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 (t.j. Dz. U. 2018 r., poz. 619) w związku z art. 77 § 2 ustawy
z dnia 28 stycznia 2016 r. Prawo o prokuraturze (**t.j.** **Dz. U.** 2023 r., poz. 1360 z późn. zm.)

stwierdzam, że:

Pan / Pani

(imię i nazwisko)

Urodzony/a………………………………………………. Nr PESEL …………………………………….

Adres zamieszkania

(miejscowość, ulica i nr domu)

1. wobec braku przeciwskazań zdrowotnych – jest zdolny(a) do pełnienia obowiązków prokuratora\*
2. wobec przeciwskazań zdrowotnych – jest niezdolny(a) do pełnienia obowiązków prokuratora\*

……………………………………… ………………………………………

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć lekarza)

\*niepotrzebne skreślić