

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego mającego na celu ocenę zdolności do pełnienia obowiązków asesora prokuratury 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, art. 77 § 2 i art. 174 § 1 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. Prawo o prokuraturze (Dz. U. z 2024 r. poz. 390 ze zm.)

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 asesora prokuratury*
2. wobec przeciwwskazań zdrowotnych - jest niezdolny(a) do pełnienia obowiązków asesora prokuratury*

(miejscowość i data)

(podpis i pieczęć lekarza)

*niepotrzebne skreślić