Pieczęć jednostki przeprowadzającej badanie

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

W wyniku badania lekarskiego mającego na celu ocenę zdolności do pełnienia obowiązków asesora prokuratorskiego 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.2018.619) w związku z art. 77 §2 i 174 §1 ustawy z dnia 28 stycznia 2016 r. Prawo o prokuraturze (t.j.Dz.U.2022.1247 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 prokuratorskiego\*
2. wobec przeciwwskazań zdrowotnych - jest niezdolny(a) do pełnienia obowiązków asesora prokuratorskiego\*

(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza)

\*niepotrzebne skreślić