

.....
(pieczęć nagłówkowa komisji lekarskiej)

.....
(miejsowość, data)

**ORZECZENIE Nr.....
REGIONALNEJ KOMISJI LEKARSKIEJ Nr
URZĘDU OCHRONY PAŃSTWA**

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego

.....
(stopień (*), imię i nazwisko, imię ojca)

adres zamieszkania

.....
(miejsowość, kod pocztowy, ulica, nr domu)

skierowanego przez:

.....
(nazwa organu kierującego)

Regionalna Komisja Lekarska nr.....Urzędu Ochrony Państwa w

W składzie:

Przewodniczący

Członkowie

Stwierdza:

1) Stopień zdolności do służby:.....

2) Określenie uzupełniające ustaloną kategorię zdolności do służby:.....

3) Uzasadnienie:

Pouczenie:

Od orzeczenia regionalnej komisji lekarskiej Urzędu Ochrony Państwa przysługuje prawo wniesienia odwołania do Centralnej Komisji Lekarskiej Urzędu Ochrony Państwa w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Odwołanie składa się za pośrednictwem regionalnej komisji lekarskiej, która wydała orzeczenie. Orzeczenie regionalnej komisji lekarskiej, od którego nie wniesiono odwołania w wyznaczonym terminie, jest prawomocne.

Przewodniczący Regionalnej Komisji Lekarskiej

Urzędu Ochrony Państwa

.....
(pieczęćka imienna i podpis)

Członkowie Regionalnej Komisji Lekarskiej

Urzędu Ochrony Państwa

m. p.

**Uzasadnienie stanowiska Centralnej Komisji Lekarskiej Urzędu Ochrony Państwa w przypadku
uchylenia orzeczenia regionalnej komisji lekarskiej**

Przewodniczący Centralnej Komisji Lekarskiej
Urzędu Ochrony Państwa

.....
(pieczęćka imienna i podpis)

m. p.

.....
(miejsowość i data)

(*) Dotyczy funkcjonariusza.