……………………, dnia ………………………...….

piecz*ęć* podmiotu zatrudniaj*ą*cego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O STANIE ZDROWIA KANDYDATA NA ŁAWNIKA

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego, stwierdzam, że **brak jest przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania funkcji ławnika** przez

…………………………………………………………………………………………………… PESEL …………………………………………………………………………………………...

Zaświadczenie wydaje się zgodnie z art. 162 § 2 pkt 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2023 r., poz. 217 z późn. zm.)

……………………….…………………..

podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

w rozumieniu przepisów o *ś*wiadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze *ś*rodków publicznych

**Uwaga**

Zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia zgłoszenia.