..……………………., 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).

……………………….…………………..

podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

w rozumieniu przepisów ustawy

o podstawowej opiece zdrowotnej

Zaświadczenie powinno być opatrzone datą nie wcześniejszą niż 30 dni przed dniem zgłoszenia kandydata na ławnika.