………..…………., dnia ……………..…2024 r.

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:

……………………….…………………………………………………….……………...….

*Imię (imiona) i nazwisko*

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

……………………………………………………………………………………………….

*adres zamieszkania*

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 2024 r. poz. 334).

……………………….…………………..

podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu

przepisów o podstawowej opiece zdrowotnej

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