........................................., dnia............................. 2023 r.

|  |
| --- |
|  |

pieczęć podmiotu zatrudniającego

lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

**ZA**Ś**WIADCZENIE LEKARSKIE**

**O STANIE ZDROWIA KANDYDATA NA ŁAWNIKA**

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

Imię i Nazwisko…………………………………………….……………...........................……

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

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

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

………………....……….…………………..

podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r.

o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2527)

Zaświadczenie zachowuje swoją ważność, jeżeli jego wydanie nastąpiło nie wcześniej niż 30 dni przed dniem zgłoszenia kandydata na ławnika.