

Piła, ..... 2019 r.



(pieczęć podmiotu zatrudniającego lekarza)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA KANDYDATA NA ŁAWNIKA**

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

.....  
(imię i nazwisko kandydata na ławnika)

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 2018 r. poz. 23 i 3.).

Podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,  
w rozumieniu przepisów ustawy z dnia  
27 października 2017 r. o podstawowej  
opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217  
oraz z 2018 r. poz. 1000 i 1544)

.....

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