dnia ……………………r.

|  |
| --- |
|  |

*Pieczęć podmiotu zatrudniającego 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  
Panią/a……………………………………………………………………............

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

Zaświadczenie wydaje się zgodnie z art. 162 § 2 pkt 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. - Prawo o ustroju sądów powszechnych. (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 52 ze zm.)

…..……………………………………..

*podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*

*w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*