



Pieczęć podmiotu zatrudniającego  
lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

....., dnia ..... 2015 r.

**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 przepisem art. 162 § 2 pkt 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 133 z późn. zm. )

.....  
(Podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  
w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki  
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)

**UWAGA!**

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