



....., 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:

.....  
(imię/imiona 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 (Dz. U. z 2023 r., poz. 217).

.....  
podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  
w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków publicznych

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