………..…………., dnia ……………..……. 2017 r.

piecz*ęć* podmiotu zatrudniaj*ą*cego

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 ……………………….…………………………………………………….……………...…….… 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. 2016.2062 tj., z późn. zm.).

……………………….…………………..

podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

w rozumieniu przepisów o *ś*wiadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze *ś*rodków publicznych

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