……….………….…………., dnia ……….………..…………………… r.

piecz*ęć* podmiotu zatrudniaj*ą*cego

lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

.

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

Stwierdzam brak przeciwskazań do wykonywania funkcji ławnika przez:  
Panią/Pana ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…… 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 2024 r. poz. 334, z późn. zm.).

………………………..….......................................

podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  
w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r.  
o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527, z póżn. zm.)

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