Mielec, dnia …………………………….. 2020 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 przeciwskazań zdrowotnych 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 (t.j. Dz. U. z 2020, poz. 365 ze zm.).

…………………………......

Podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych