

....., dnia.....



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 Pana/ Pani  
.....

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 2023 r. poz. 217 z późn. zm)

.....  
podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  
w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27.10.2017 r.  
o podstawowej opiece zdrowotnej

Zaświadczenie zachowuje swoją ważność, jeżeli jego wydanie nastąpiło nie wcześniej niż 30 dni przed dniem  
zgłoszenia kandydata na ławnika