

....., dnia ..... 2023 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 Sądu Rejonowego w Strzelcach Opolskich – przez P. ....  
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 z późn. zm.).*

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

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