

.....  
*Pieczęć podmiotu zatrudniającego  
lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*

.....,dnia..... 2015 r.

## **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 Myślenicach – przez pana/panią

.....  
*(imię/imiona i nazwisko)*

Nr ewidencyjny 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 2015 r. poz.133).

.....  
*Pieczęć i 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.