

.....  
*Pieczęć lub nazwa podmiotu  
wystawiającego zaświadczenie lekarskie*

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego – stwierdzam brak przeciwwskazań do wykonywania funkcji ławnika w sądzie – przez Pana/Panią:

.....  
*(imię/imiona i nazwisko)*

Nr ewidencyjny PESEL ww. osoby .....

Zaświadczenie wydaje się zgodnie z art. 162 § 2 pkt 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych, tj. lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

.....  
*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.**