………..…………., dnia ………..2019 r.

*piecz*ęć *podmiotu zatrudniaj*ą*cego lekarza*

*podstawowej opieki zdrowotnej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**O STANIE ZDROWIA KANDYDATA**

**NA ŁAWNIKA DO SĄDU**

**POWSZECHNEGO**

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego, stwierdzam, że brak jest przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania funkcji ławnika Sądu Rejonowego w Wejherowie

– 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 (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 52 ze zmianami).

……….…………………………………..……………….…………………..

*podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*

*w rozumieniu przepisów o* ś*wiadczeniach opieki*

*zdrowotnej finansowanych ze* ś*rodków publicznych*

Zaświadczenie zachowuje swoją ważność, jeżeli jego wydanie nastąpiło nie

wcześniej niż 30 dni przed dniem zgłoszenia kandydata na ławnika.