

....., dnia 2023 r.*
(miejsowość) (data)



*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 do Sądu Rejonowego we Włoszczowie na kadencję 2024 – 2027 przez Panią / Pana

.....
imię (imiona) i nazwisko kandydata na ławnika

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 ze zm.)

.....
*podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r.
o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2527)*

* Zaświadczenie powinno być opatrzone datą nie wcześniejszą niż 30 dni przed dniem zgłoszenia kandydata na ławnika.