

.....
Imię

.....
Nazwisko

.....
Pesel

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA KANDYDATA
NA ŁAWNIKA DO SĄDU REJONOWEGO**

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego stwierdzam, że brak jest przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania funkcji ławnika Sądu Rejonowego w Świebodzinie- przez p.....
.....PESEL.....

Zaświadczenie wydaje się zgodnie z art.162 §2 pkt 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001r.Prawo o ustroju sądów powszechnych (tj. Dz. U. z 2019r. poz.52 ze zm.)

.....
data

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

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