........................................., dnia............................. 2023 r.

|  |
| --- |
|  |

pieczęć podmiotu zatrudniającego

lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

**ZA**Ś**WIADCZENIE LEKARSKIE**

**O STANIE ZDROWIA KANDYDATA NA ŁAWNIKA**

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego, stwierdzam, że brak jest przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania funkcji ławnika przez ……………………….…………………………………………………….……………...……

PESEL…………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………….

Zaświadczenie wydaje się zgodnie z art. 162 § 2 pkt 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sadów powszechnych (Dz. U. z 2022r. poz.2527).

……………………….…………………..

podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych

Oświadczenie powinno być opatrzone data nie wcześniejsza niż 30 dni przed dniem zgłoszenia kandydata na ławnika