

Miejscowość, dnia

pieczęć zakładu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu:

Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

ROZPOZNANIE:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Cel wydania zaświadczenia:

Ubieganie się o jednorazowe świadczenie przyznawane na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016 r. poz. 1860), z tytułu urodzenia się żywego dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Podstawa prawna:

art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

Oświadczam, że posiadam specjalizację II stopnia i/lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii;

Jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)