……. ……..……., dnia ……..

(pieczątka zakładu) *(miejscowość)*

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 zżyciu, 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)