…….…....., dnia ….....r.

…….
(pieczęć nagłówkowa)

(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadczam, że u …..... (imię i nazwisko dziecka), PESEL: …..... (jeśli nie nadano nr PESEL – wpisać datę urodzenia), stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu*, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia wniosku o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

…….

pieczęć i podpis lekarza**

*Niepotrzebne skreślić

**Uprawnionym do wystawienia zaświadczenia jest lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.

Podstawa prawna: art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem"