

_____, dnia _____

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej/praktyki położnej)

ZAŚWIADCZENIE

**lekarskie/wystawione przez położną¹ potwierdzające pozostawanie kobiety
pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą
do dodatku z tytułu urodzenia dziecka²**

Pani _____
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość³

zamieszkała: _____
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od _____ tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielania świadczeń zdrowotnych⁴:

- 1) pierwszy trymestr ciąży – _____
- 2) drugi trymestr ciąży – _____
- 3) trzeci trymestr ciąży – _____

(podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz
numer prawa wykonywania zawodu
lekarza/położnej¹)

¹ Niepotrzebne skreślić. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być naniesione także w formie pieczętki, nadruku lub naklejki.

² Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15 b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.

³ W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.

⁴ Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.