…………………………………….. ………………………..dnia…….……. r. nazwa i adres podmiotu leczniczego miejscowość

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4ustawy z dnia 4 listopada 2016 r.

o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (t.j. Dz. U. z 2019 poz.473 z późn. zm.) oraz art. 47 ust. 1a i art. 47c

ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

(t.j. Dz.U.2019 poz. 1373 z pożn. zm.)

Nazwisko i imię dziecka ……………………………………………………………………………............................................

Data urodzenia ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany)………………………………………………………......................................

zamieszkała(y)……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.**

Oświadczam, że posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa

i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.

Jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

 …………………………….

 Pieczątka i podpis lekarza