

.....
Nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....
miejsowość

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

UPRAWNIAJĄCE DO KORZYSTANIA ZE WSPARCIA, O KTÓRYM MOWA W ART. 4 UST. 2 PKT 2-4 USTAWY Z DNIA 4 LISTOPADA 2016 R. O WSPARCIU KOBIET W CIĄŻY I RODZIN „ZA ŻYCIEM” (DZ. U. POZ. 1860) ORAZ ART. 47 UST. 1A I ART. 47C UST. 1 USTAWY Z DNIA 27 SIERPNI 2004 R. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (DZ. U. Z 2016 R. POZ. 1793, Z PÓŻŃ. ZM.)

Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia

Nr PESEL

Zamieszkała(y)

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

.....
Pieczętka i podpis lekarza

Art. 4 ust. 3 Ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2016 r., poz. 1860):

Ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, o których mowa w ust. 2 pkt 2–4, stwierdza w zaświadczeniu 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.