...................................................... ................................, dnia ............r.

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/

praktyki lekarskiej/praktyki położnej1))

**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 udzielenia świadczeń zdrowotnych4):

1) pierwszy trymestr ciąży - ................................................

2) drugi trymestr ciąży - ......................................................

3) trzeci trymestr ciąży - ......................................................

.....................................................

(pieczątka i podpis lekarza / położnej1))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach

rodzinnych (Dz. U. z 2015 r. poz.114, ze 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.