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

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

      lub praktyki lekarskiej)

**ZAŚWIADCZENIE**

**Lekarskie/wystawione przez położną** 1)

**potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od
10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka**2)

Pani ...............................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość 3)

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

zamieszkała:

………………...............................................................................................................................

(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od .............................................. tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych 4):

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

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

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

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

                                                   (pieczątka i podpis lekarza)

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

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 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.

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