

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

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że

Pani,
(imię i nazwisko)

Numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość¹

.....,

Zamieszkała:

.....
(adres zamieszkania)

urodziła dziecko żywe, u którego zdiagnozowano:

- ciężkie i nieodwracalne upośledzenie,
- nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu,

które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

.....
(pieczęć i podpis lekarza²)

¹ W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL,

² Zaświadczenie winno być wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.

**JEDNOCZEŚNIE Z ZAŚWIADCZENIA WYNIKAĆ MAJĄ POWYŻSZE DANE W SPOSÓB
NIE BUDZĄCY WĄTPLIWOŚCI.**