……………………………… ………........... dnia ……………

(pieczątka podmiotu leczniczego/praktyki

lekarskiej/praktyki położnej albo nazwa (firma) tego

podmiotu/praktyki1))

**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 udzielania świadczeń zdrowotnych4):

1. pierwszy trymestr ciąży - ………………………..
2. drugi trymestr ciąży - ……………………………
3. trzeci trymestr ciąży - …………………................

……………………………….

(podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa

wykonywania zawodu lekarza/położnej1))

[[1]](#endnote-1)

1. 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 2018 r., poz. 2220 z późn. 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.

   [↑](#endnote-ref-1)