|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |  |  | | | , dnia |  | r. | |
| (pieczątka podmiotu leczniczego/ praktyki lekarskiej/praktyki położnej albo nazwa (firma) tego podmiotu/praktyki[[1]](#footnote-1))) | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **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 dziecka[[2]](#footnote-2))** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pani | |  | | | | | | | | | | | | | , |
|  | (imię i nazwisko) | | | | | | | | | | | | | |  |
| numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość[[3]](#footnote-3)) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | , |
| zamieszkała: | | | |  | | | | | | | | | | | , |
|  | | | (adres zamieszkania) | | | | | | | | | | | | s i g n f o r m |
| pozostawała pod opieką medyczną od | | | | | | |  | | | | | tygodnia ciąży do porodu. | | | |
| Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych[[4]](#footnote-4)): | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) pierwszy trymestr ciąży - | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 2) drugi trymestr ciąży - | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 3) trzeci trymestr ciąży - | | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza/położnej1) | | | | | |

1. Niepotrzebne skreślić. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być  
   naniesione także w formie pieczątki, nadruku lub naklejki. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych  
   (Dz. U. z 2020 r. poz. 111) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego  
   dziecka. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży. [↑](#footnote-ref-4)