|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | , dnia |  | r. |
| (pieczątka podmiotu leczniczego/praktyki lekarskiej/praktyki położnejalbo 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 zawodowyoraz numer prawa wykonywania zawodulekarza/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)