……………………….., dnia……..…….

miejscowość

…………………………………………………………….  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej posiadającego umowę z NFZ

albo pieczęć praktyki lekarskiej posiadającej umowę z NFZ)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4*

*ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 473) oraz*

*art. 47 ust. 1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.)*

|  |
| --- |
| Zaświadcza się, że Pani ………………………………….……………. PESEL …………………………………….… |
| zamieszkała: ……………………….……..……………………………………………………………………………........ |
| urodziła w dniu …………………….………. syna/córkę ………………………………………………………….…… |

u którego stwierdzono:

ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu\*

……...………………………………..…………………….

(pieczątka i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego\*\*)

\*niepotrzebne skreślić

\*\*zaświadczenie może być wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.), posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.