........................................................  .....................................

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej                  (miejscowość i data)

      lub praktyki lekarskiej)

**ZAŚWIADCZENIE**

**lekarskie/wystawione przez położną**1)

**potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od
10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka**2)

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 udzielenia świadczeń zdrowotnych4):

  1)   pierwszy trymestr ciąży - ......................

  2)   drugi trymestr ciąży - ............................

  3)   trzeci trymestr ciąży - ...........................

 ..............................................

(pieczątka i podpis lekarza/położnej)

\_\_\_\_\_\_

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 2020 r. 111 ze 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.