



**Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**  
**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**  
ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów  
tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)



.....  
nazwa i adres podmiotu leczniczego

..... dnia .....r.  
miejsowość

### **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 ich rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860) 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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)

.....  
Nazwisko i imię dziecka

.....  
Data i miejsce urodzenia

.....  
Numer PESEL dziecka (o ile został nadany)

.....  
Zamieszkała(y)

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

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

\*Właściwe podkreślić