



**WIODĄCY OŚRODEK
KOORDYNACYJNO - REHABILITACYJNO – OPIEKUŃCZY**
przy
Zespole Szkół im. UNICEF w Rzeszowie
ul. Ofiar Katynia 1
35-209 Rzeszów
Tel. 17 748 31 70

.....
nazwa i adres podmiotu leczniczego

..... dniar.
miejscowość

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