

|  |
| --- |
| ……………………………………………………….. ………………………..dnia……………. nazwa i adres podmiotu leczniczego 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 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 urodzenia ……………………………………………………………………………………………………………………. Numer PESEL dziecka (o ile został nadany)………………………………………………………....................... zamieszkała(y)………………………………………………………………………………………………………………………. **Cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.**    ……………………………………………  *Pieczątka i podpis lekarz* |

Zespół Szkół nr 3 im. Marii Grzegorzewskiej

Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy

ul. Nowomiejska 21

87-800 Włocławek

[www.zs3wek.pl](http://www.zs3wek.pl)

mail: sekretariat@zs3wek.pl tel/fax + 48 54 412 10 41