

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/  
praktyki lekarskiej/praktyki położnej<sup>1)</sup>)

.....dnia.....r.

**ZASWIADCZENIE**  
**lekarskie/wystawione przez położną<sup>1)</sup>**  
**potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie**  
**później niż od 10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do**  
**dotatku z tytułu urodzenia dziecka<sup>2)</sup>**

Pani.....  
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego  
tożsamość<sup>3)</sup>

.....  
zamieszkała:.....  
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od ..... tygodnia  
cięży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych<sup>4)</sup>:

- 1) pierwszy trymestr ciąży - .....
- 2) drugi trymestr ciąży - .....
- 3) trzeci trymestr ciąży - .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza/położnej<sup>1)</sup>)

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 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.

3) W przypadku kobiety nie posiadającej numeru PESEL.

4) Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.