

Za życiem



\_\_\_\_\_  
nazwa i adres podmiotu leczniczego

\_\_\_\_\_  
miejscowość, dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust.2, pkt.2-4 Ustawy z dnia 17 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. poz. 1860) oraz art. 47 ust. 1a i art. 47 c 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: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

**Dziecko cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.**

**Dodatkowa informacja:** .....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
pieczętka, podpis lekarza

*Miejska Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Opolu;  
45-085 Opole, ul.Niedziałkowskiego 9  
Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy  
Tel. 774549216/17 i 519 833 408 e-mail: zazyciem@mppp.opole.pl*