

....., dnia..... r.
/miejsowość/

.....
/nazwa i adres podmiotu leczniczego/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA WIODĄCEGO OŚRODKA
KOORDYNACYJNO-REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZEGO W NOWYM
TOMYŚLU NA POTRZEBY REKRUTACJI DO KOMPLEKSOWEGO
PROGRAMU WSPARCIA DLA RODZIN „ZA ŻYCIEM”**

Podstawa prawna:

art. 4 ust. 2 pkt 4) ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2016r. poz. 1860).

Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia

Numer PESEL dziecka

Adres zamieszkania

Diagnoza

.....

.....

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

.....
/pieczętka i podpis lekarza/