



Za życiem



**Załącznik nr 1  
do Regulaminu rekrutacji  
i uczestnictwa w programie Za życiem**

.....  
nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....  
miejsowość

.....  
data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE - wzór**

*uprawniająca 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. z 2020 r., poz. 1329) 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 2022 r., poz. 2561, 2674, 2770.)*

**Nazwisko i imię dziecka**  
.....

**Data urodzenia**  
.....

**Numer PESEL dziecka (o ile został nadany)**.....

**Zamieszkała(y)**.....

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

.....  
*Pieczętka i podpis lekarza*

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](mailto:sekretariat@zs3wek.pl) tel/fax + 48 54 412 10 41