

(pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą) [1]

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O OKRESIE, W KTÓRYM KONIECZNE JEST SPRAWOWANIE OPIEKI NAD DZIECKIEM W WIEKU
DO UKOŃCZENIA 8 LAT Z POWODU CHOROBY, PORODU LUB POBYTU W STACJONARNYM ZAKŁADZIE
OPIEKI ZDROWOTNEJ MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO STAŁE OPIEKUJĄCEGO SIĘ DZIECKIEM**

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO		
01. Numer PESEL (1)	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2	03. Seria i numer dokumentu
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
04. Nazwisko <input type="text"/>		
05. Imię <input type="text"/>		06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input type="text"/>
(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.		

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO - ADRES ZAMIESZKANIA		
01. Kod pocztowy	02. Poczta	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
03. Gmina / Dzielnica <input type="text"/>		
04. Miejscowość <input type="text"/>		
05. Ulica <input type="text"/>		
06. Numer domu	07. Numer lokalu	08. Symbol państwa (1)(2)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09. Zagraniczny kod pocztowy (1)	10. Nazwa państwa (1)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski. (2) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.		

DANE IDENTYFIKACYJNE LEKARZA
01. Nazwisko <input type="text"/>
02. Imię <input type="text"/>
03. Identyfikator <input type="text"/>

Zaświadczam, o konieczności sprawowania opieki przez wyżej wymienioną(ego) nad dzieckiem, gdyż Pani / Pan

DANE MAŁŻONKA - STAŁEGO OPIEKUNA DZIECKA:

Nazwisko:

.....

Imię:

.....

w okresie od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

z powodu: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

choroby porodu pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej

nie może sprawować opieki nad dzieckiem (dziećmi):

DANE DZIECKA 1:

Nazwisko:

.....

Imię:

.....

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DZIECKA 2:

Nazwisko:

.....

Imię:

.....

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DZIECKA 3:

Nazwisko:

.....

Imię:

.....

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DZIECKA 4:

Nazwisko:

.....

Imię:

.....

Data urodzenia dziecka (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(Miejscowość).....
(Data: dd / mm / rrrr).....
(Pieczęć i podpis lekarza) [1]