..... dnia ..... r.
miejscowość

.....
nazwa i adres szpitala

ZAŚWIADCZENIE

o pobycie w szpitalu dziecka przedwcześnie urodzonego lub dziecka urodzonego w terminie, ale wymagającego hospitalizacji

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia dziecka |_|_|_|_|_|_|_|_| (d d m m r r r r)

Numer PESEL dziecka *(jeżeli został nadany)* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ukończony tydzień ciąży w momencie urodzenia dziecka ..... tydzień

Urodzeniowa masa ciała ..... g

Zaświadcza się, że dziecko przebywało w szpitalu od |_|_|_|_|_|_|_|_| (d d m m r r r r) do |_|_|_|_|_|_|_|_| (d d m m r r r r) *

Zaświadcza się, że *(zaznaczyć właściwe)*:

☐ 1) hospitalizacja została zakończona.

☐ 2) hospitalizacja nie została zakończona.

* *W przypadku, gdy hospitalizacja nie została zakończona wpisuje się datę wydania zaświadczenia*

.....
(podpis osoby upoważnionej do wydania zaświadczenia)

Uprawnionymi do uzyskania przedmiotowego zaświadczenia są również pracownicy, o których mowa w art. 183 § 3[1] Kodeksu pracy (tj. pracownicy, którzy przyjęli dziecko na wychowanie jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej albo pracownicy, którzy przyjęli dziecko na wychowanie i wystąpili do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka).

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 61 622 24 44 **OPS SR 407.ZAS 2025**