Форма утверждена постановлением

Правительства Ростовской области от 23.12.2011 N 281

|  |
| --- |
| Угловой штампмедицинской организации,индекс, адрес, контактный телефон,дата выдачи и номер справки |
|  |
| **Справка** |
|  |
| Выдана |  |
|  | (Ф.И.О., дата рождения (указываются полностью) |
| проживающей (ему) по адресу: |  |
|  |
| в том, что она (он) состоит под наблюдением в |  |
|  |
| (наименование медицинской организации, указание диагноза) |
|  |
| в связи (заполняются необходимые поля) |
|  |
| с беременностью | с | " |  | " |  | 20 |  | г. | по | " |  | " |  | 20 |  | г. |
| (дата постановки на учет) | (предполагаемая дата родов) |
| как кормящая мать | с | " |  | " |  | 20 |  | г. |
|  | (дата постановки на учет) |  |
| имеющая (ий) ребенка в возрасте до 3 лет |  |  |  |
|  |  |  |
| (Ф.И.О. ребенка, дата, месяц, год рождения (указываются полностью) |
| до 1 года | находится | находится на |
|  |  |  | на грудном |  |  | искусственном |  |  |
|  | вскармливании | вскармливании |
|  |
| от 1 года до 2 лет |  |  |
|  |
|  |
| от 2 до 3 лет |  |  |
|  |
|  |  |  |
| и нуждается в полноценном питании. |
| Срок действия справки с | " |  | " |  | 20 |  | г. по | " |  | " |  | 20 |  | г. |
|  |  |  |
| Справка выдана для предоставления в орган социальной защиты населения |
|  | Ростовской области для назначения |
| (города, района) |  |  |
| ежемесячной денежной выплаты на полноценное питание беременной женщине, кормящей матери, ребенку в возрасте до трех лет (нужное подчеркнуть). |
|  |  |  |
| Лечащий врач |  | Ф.И.О. |
|  | (подпись) |  |
|  |  |  |
| Заведующий отделением |  |  |
| (главный врач) |  | Ф.И.О. |
|  | (подпись) |  |
| М.П. |  |  |