Форма утверждена постановлением

Правительства Ростовской области от 23.12.2011 N 281

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Угловой штамп  медицинской 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. | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |