Egészségügyi Intézmény neve, címe (bélyegzője):

**SZÜLÉSZ – NŐGYÓGYÁSZ SZAKORVOSI IGAZOLÁS**

* teljes hatályú apai elismerő nyilatkozathoz –

|  |  |
| --- | --- |
| Várandós hölgy neve |  |
| Várandós hölgy születési helye, ideje |  |
| Fogamzás feltételezett időpontja (év, hó, nap) |  |
| Szülés várható időpontja (év, hó, nap) |  |
| Szülés várható helye (település megnevezése, kórház neve) |  |
| Igazolást kiállító szakorvos neve |  |

Ezen igazolást a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról szóló 149/1997. (IX.10.) kormányrendelet 59. §. (1) bekezdése alapján, születendő gyermek teljes hatályú apai elismeréséhez adtam ki.

59. § (1) Ha az apaságot megállapító teljes hatályú elismerő nyilatkozatot a gyermek születése előtt teszik, a szülés feltételezett időpontját, és ha ez lehetséges, a fogamzás feltételezett időpontját szakorvosi bizonyítvánnyal kell igazolni. Szakorvosi bizonyítványként terhesgondozási könyv is elfogadható, amennyiben tartalmazza a születés feltételezett időpontját, és ha ez lehetséges, a fogamzás feltételezett időpontját.

Kelt:..…………................................

 …................................................................

 szakorvos aláírása
 P.H.