

Distretto Sanitario di
Via
E mail:
tel.

Prot. n° .....

Al Direttore del Distretto \_\_\_\_\_

Oggetto: Richiesta contributo per l'acquisto di sostituti al latte materno (formule per lattanti) alle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento. Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021 (attuazione art. 1, cc 456 e 457, della legge 27 dicembre 2019, n. 160).

La sottoscritta ..... nata a .....  
il ..... residente a .....  
in via .....

Dichiara:

- Di essere genitore di ..... nato/a a.....  
il.....
- Di essere affetta da condizioni patologiche (art. 4, Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021) che impediscono la pratica naturale dell'allattamento, come da certificazione sanitaria allegata.
- Di avere l'ISEE ordinario non superiore a 30.000,00 euro annui, come da documentazione allegata.

Chiede:

L'autorizzazione all'erogazione del contributo relativo all'acquisto di formule per lattanti sino al sesto mese di età del neonato.

A tal fine si allega:

- Certificazione dello specialista del Servizio sanitario nazionale, attestante le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento (art. 4 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021)
- Attestazione ISEE di cui all'art. 2 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021
- Prescrizione mensile delle formule per lattanti dello specialista del Servizio sanitario nazionale (art. 5 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021)

Data .....

Firma.....