

Domanda di contributo bando anno 2025 - “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. DM 31 agosto 2021 .

AL DISTRETTO SANITARIO
MONTEROTONDO

Il/la sottoscritto/a

Sig./ra _____
Nato/a a _____ prov. _____ il _____
Residente in via _____ n° _____
Città _____ cap _____ Provincia _____
Codice Fiscale _____
Recapiti telefonici (fisso-mobile) _____
Indirizzo email _____

DICHIARA

- Di essere genitore dinato/a a il
Codice fiscale

RICHIEDE

ai sensi del DM 31/08/2021 e della Determinazione Regione Lazio n. G01251 del 02/02/2023, il contributo per l’acquisto di sostituti del latte materno (formule lattanti) per le donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell’allattamento

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Copia del documento d’identità;
- certificazione medica, attestante le condizioni patologiche che impediscono l’allattamento rilasciata:
 - dal pediatra o neonatologo del Punto Nascita, per le condizioni identificate già in gravidanza o alla nascita;
 - dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o dallo specialista del SSN per le condizioni che si verificano dopo la dimissione;
- scontrini fiscali o fatture o ricevute relative all’acquisto delle formule per lattanti **erogati dalle farmacie convenzionate con SSR della Regione Lazio;**
- attestazione dell’indicatore ISEE con valore non superiore a € 30.000,00, calcolato secondo quanto disposto dal DPCM 159/2013 e smi.;
- prescrizione medica dei sostituiti del latte materno;
- certificazione mensile dello specialista del SSN in caso di sospensione temporanea;

DICHIARA

Il richiedente chiede che il contributo venga liquidato secondo la modalità prescelta (barrare la modalità prescelta):

Versamento sul proprio conto corrente bancario _____

Versamento sul proprio conto corrente postale _____

Banca o Ufficio Postale _____

Agenzia _____

IBAN _____

Data _____

L'OPERATORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

FIRMA

(FIRMA LEGGIBILE)