

Al Direttore del Distretto Monterotondo

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 in via città
 prov..... recapiti telefonici.....
 indirizzo mail

Dichiara:

- Di essere genitore di nato/a
 a..... il..... Codice Fiscale

Chiede:

ai sensi del DM 31/08/21 e della determinazione Regione Lazio n. G01251 del 02/02/2023 il contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti) per le donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento del neonato.

A tal fine allega:

- Copia del documento di identità e tessera sanitaria
- 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)
- Prescrizione mensile delle formule per lattanti dello specialista del Servizio sanitario nazionale attestante le condizioni patologiche che impediscono in maniera assoluta temporanea l'allattamento (art. 5 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021)
- Scontrini fiscali o fatture o ricevute relative all'acquisto delle formule per lattanti erogati dalle farmacie convenzionate con il SSR della Regione Lazio;
- Attestazione ISEE con valore non superiore a 30000,00 euro di cui all'art. 2 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021.

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 DEL PUA

IL RICHIEDENTE/DICHIARANTE

FIRMA

(FIRMA)