

Prot. n° del

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
ilresidente ain via
..... Tel..... Emal.....

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).
- Documento d'identità
- Tessera sanitaria

Data

Firma.....

CONSENSO PRIVACY

Il/la Signore/a

Cognome

Nome

(scrivere in stampatello)

dichiara di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati degli utenti dei servizi sanitari e autorizza l'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 al trattamento dei propri dati personali e sensibili, in particolare relativi al suo stato di salute, finalizzato alla fornitura delle prestazioni necessarie per la tutela della sua salute e per le altre finalità indicate nell'informativa ricevuta.

DATA _____

FIRMA_____

**(Firma dell'utente o del soggetto autorizzato al trattamento che raccoglie e attesta le dichiarazioni dell'utente, il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dall'utente o dal personale autorizzato che raccoglie le dichiarazioni orali dell'utente e che sottoscrive il modulo per attestazione).*