

Dipartimento Tutela delle Fragilità

E-mail: dipartimentoassistenzaprimaria.segreteria@ausl.latina.it

PEC: dipassistenzaprimaria@pec.ausl.latina.it

Prot.n. asl_lt /ASL-LT/2023

Lt,

Al Direttore del Dipartimento Tutela delle Fragilità

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 dinato/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);
- Certificazione mensile dello specialista del Servizio sanitario nazionale in caso di sospensione temporanea;
- Attestazione ISEE di cui all'art. 2 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021.

Data

Firma.....