DOMANDA DI CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO
(FORMULE PER LATTANTI)
in applicazione al Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021 (G.U. 249/2021)

Il/La sottoscritto/a_____

nella sua qualità di: ❒ Genitore ❒ _____

nato/a a_____prov._____ il_____

residente in _____ C.A.P. _____

via _____

telefono _____ telefono cellulare _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e-mail _____

CHIEDE

di poter accedere al contributo per l'acquisto per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti)
in applicazione al Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021 (G.U. 249/2021)

per il neonato/lattante……..……

nato il ……..……

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente/domiciliato a ……

Data ……..

Il genitore

……..

(firma)

A tal fine allega:

o certificazione della condizione materna patologica;

o prescrizione come da facsimile allegato*;

o ISEE ordinario relativo all'anno nel quale sono state sostenute le spese per le quali si sta richiedendo il contributo, non superiore a 30.000,00 euro annui;

o giustificativi di spesa per i sostituti del latte materno (formule per lattanti) acquistati in presenza delle condizioni che controindicano l'allattamento di cui al presente documento per i primi 6 mesi di età del neonato;

o informazioni per l'erogazione del contributo (coordinate bancarie).

*Poiché trattatasi di periodi antecedenti all'approvazione del presente atto, ove non fosse possibile allegare il modulo di prescrizione come da schema allegato, si potrà allegare altra idonea documentazione rilasciata dai professionisti, attestante la prescrizione all'utilizzo delle formule per lattanti. Qualora i primi 6 mesi di vita del bambino siano a cavallo di due annualità, gli aventi diritto o i loro delegati, dovranno presentare due richieste distinte, una per oggi anno di competenza della spesa.