REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASLMediocampidano
Azienda socio-sanitaria locale

AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE MEDIO CAMPIDANO

Al Direttore del Distretto Sanitario
di Sanluri

Oggetto: richiesta contributo per l'acquisto di sostituti del 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, legge 27.12. 2019, n° 160).

La sottoscritta ……..…… nata a ……. il …… residente a …….. in via …….. C.F. ……..

Dichiara

- ✓ di essere genitore di ……nato/a a.....il ……..Codice Fiscale ..... ;
- ✓ 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 euro annui, come da documentazione allegata

Chiede

l'autorizzazione all'erogazione del contributo relativo all'acquisto di formule per lattanti fino al sesto mese di età del neonato, fino al limite di euro 400 annui per neonato (da erogare sotto forma di rimborso delle spese)

A tal fine si allega:

- ✓ certificazione attestante le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento (art. 4 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021) rilasciata da: _____;
- ✓ 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).

Chiede, inoltre, che il rimborso delle spese, sulla base dei giustificativi da presentare, venga accreditato sul seguente conto: Banca / Posta _____

Filiale _____

Nome intestatario _____

IBAN

Data_____ Firma (leggibile) _____