

Al Direttore del Distretto di

Area Vasta

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

✓ Di essere genitore di nato/a a
 il C.F.
;

- ✓ 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.

l'autorizzazione all'erogazione del contributo relativo all'acquisto di formule per lattanti fino al sesto mese di età del neonato.

- ✓ 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;
- ✓ Eventuale 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 contributo venga accreditato sul seguente conto:

Filiale

Nome intestatario

IBAN

[illegible]

Data

Firma (leggibile)