

**ALLEGATO A2**

**MODULO REGIONALE PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI AL LATTE MATERNO (FORMULE PER LATTANTI) PER 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)**

**\*Al Direttore del Distretto Socio Sanitario  
dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza  
dell'assistita**

D.S.S. di \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETÀ**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 consapevole che, in caso di false dichiarazioni o false attestazioni accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione o attestazione non veritiera, il/la sottoscritto/a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico) \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

– di essere genitore/tutore legale di \_\_\_\_\_

nato/a a (dati neonato) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

– che il neonato ha compiuto 6 mesi di vita alla data di presentazione della richiesta di contributo di cui all'oggetto.

**CHIEDE**

Di partecipare all'Avviso pubblico emesso dalla ASL \_\_\_\_\_, di cui alla Delibera del Direttore Generale n.\_\_\_\_, del\_\_\_\_\_, finalizzato all'erogazione del 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, sino al sesto mese di età del neonato, così come previsto dal Decreto 31 agosto 2021 del Ministero della Salute.

**REGIONE  
PUGLIA**

A tal fine allega alla presente:

- n. \_\_ certificazione/i dello specialista del SSN, dipendente o convenzionato (in particolare il pediatra o il neonatologo del punto nascita per le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento identificate già in gravidanza o alla nascita, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o lo specialista per le condizioni che si verificano dopo la dimissione), 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;
- n. \_\_ prescrizione/i mensile/i, redatte dal neonatologo o pediatra del punto nascita, dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altro specialista dipendente o convenzionato operante in strutture pubbliche del SSN, delle formulazioni per lattanti incluse nel registro nazionale di cui all'art. 7, comma 1, del decreto del Ministero della salute 8 giugno 2001, per un fabbisogno totale di durata massima pari ai primi sei mesi di vita del neonato;
- documentazione fiscale (scontrino/fattura), dalla quale si evinca la spesa sostenuta per l'acquisto effettuato presso farmacie, parafarmacie o esercizi commerciali insistenti nel territorio regionale, di sostituti delle formule per lattanti (incluse nel registro nazionale di cui all'art. 7, comma 1, del decreto del Ministero della salute 8 giugno 2001), emessa nell'arco temporale previsto dalle prescrizioni mensili di cui al precedente punto.
- copia del documento di identità in corso di validità.

Chiede, inoltre, che il contributo venga accreditato sul seguente conto, intestato al richiedente:

Banca / Posta

Filiale

Nome intestatario

IBAN

[illegible]

## Data

Firma