

**PRESCRIZIONE DELLA FORMULA PER LATTANTE
PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI AL LATTE MATERNO**

(in applicazione al Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021 - G.U. 249/2021)

Al lattante _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente/domiciliato a _____ (____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale (figlio) _____

Codice Fiscale (madre) _____

Considerate l'età e le caratteristiche del lattante, è stata prescritta la FORMULA PER LATTANTI:

Per le seguenti mensilità: _____

Per le seguenti quantità: _____

Luogo, data _____

Il Medico

(timbro e firma)