

Al Responsabile del Distretto _____
dell'Azienda Ulss 2
SEDE

RICHIESTA CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI AL LATTE MATERNO (FORMULE PER LATTANTI)

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

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (_____) il _____
residente a _____ (_____) CAP _____
in via/piazza _____ n. _____
tel. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____

DICHIARA

- di essere genitore di _____
nato a _____ Codice Fiscale _____
- di essere affetta da una delle seguenti condizioni patologiche (art. 4 decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021 - Allegato A DGR n. 1563 del 6 dicembre 2022) che impediscono la pratica naturale dell'allattamento:

Indicazioni permanenti:

- infezione da HTLV1 E 2
 sindrome di Sheehan
 alattogenesi ereditaria
 ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare)
 mastectomia bilaterale

Indicazioni temporanee:

- infezione da HCV con lesione sanguinante del capezzolo; infezione da HSV con lesione erpetica sul seno o capezzolo; infezione ricorrente da streptococco di gruppo B
 lesione luetica sul seno
 tubercolosi bacillifera non trattata
 mastite tubercolare
 infezione da virus varicella zooster
 esecuzione di scintigrafia
 assunzione di farmaci che controindicano in maniera assoluta l'allattamento
 assunzione di droghe (escluso il metadone)
 alcolismo

- di richiedere il contributo per morte materna
 di avere l'ISEE ordinario non superiore a 30.000 euro annui

CHIEDE

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

