

Schema di attestazione/certificazione delle condizioni patologiche

Su carta intestata

ATTESTAZIONE - CERTIFICAZIONE DELLA CONDIZIONE PATOLOGICA

PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (FORMULE PER LATTANTI)

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

Si accerta e si certifica che sussistono le condizioni **materna** che controindicano l'allattamento in maniera assoluta

temporanea

Specificare la condizione di cui all'allegato 1 al Decreto Ministero della Salute 31 AGOSTO 2021

permanente

Specificare la condizione di cui all'allegato 1 al Decreto Ministero della Salute 31 AGOSTO 2021

ai sensi dell'Allegato 1 del DM 31 Agosto 2021, non già diversamente normate,

della

Signora

Codice Fiscale

genitore del neonato/lattante

nato il

residente/domiciliato a

Data

Il Medico

.....
(timbro e firma)

Schema di prescrizione della formula per lattante per l'acquisto di sostituti del latte materno

Su carta intestata

PRESCRIZIONE DELLA FORMULA PER LATTANTE

PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO

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

Al lattante nato/a il

residente/domiciliato a

figlio di (mamma/genitore)

Codice Fiscale (madre)

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

.....

per un mese dalla data di prescrizione.

Data

Il Medico

.....

(timbro e firma)