REGIONE PUGLIA

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 verifichino 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 a 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data _____ Firma _____