



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 precedente, 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.

