

Al PUA del Distretto H

**DOMANDA: Richiesta 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. Decreto del Ministero della Salute 31 agosto 2021 (attuazione art. 1, cc 456 e 457, della legge 27 dicembre 2019, n. 160).**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- Di essere genitore di \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

- Di essere affetta da condizioni patologiche (art. 4 Decreto del Ministero della Salute 31 agosto 2021) che impediscono la pratica naturale dell'allattamento come da certificazione sanitaria allegata.

- Di avere l'ISEE non superiore a 30.000,00 euro annui, come da documentazione allegata.

#### CHIEDE

DI BENEFICIARE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO RELATIVO ALL'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (FORMULE PER LATTANTI) SINO AL SESTO MESE DI ETA' DEL NEONATO (DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 31 AGOSTO 2021).

SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- ✓ Copia del documento d'identità;
- ✓ Tessera Sanitaria;
- ✓ Certificazione medica, attestante le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento rilasciata dal pediatra o neonatologo del punto nascita, per le condizioni identificate già in gravidanza o alla nascita;
- ✓ Certificazione medica, attestante le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o dallo specialista del Servizio Sanitario per le condizioni che si verificano dopo la dimissione;
- ✓ Prescrizione mensile delle formule per lattanti dallo Specialista del Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ Attestazione dell'indicatore ISEE del richiedente con un valore non superiore a € 30.000,00 euro annui;
- ✓ Scontrini fiscali o fatture o ricevute relative all'acquisto delle formule per lattanti.

**Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs.196/03 s.m.i. e Regolamento UE 2016/679)**

La sottoscritta \_\_\_\_\_

Dichiara, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché del Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento generale sulla protezione dei dati" (GDPR) che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione.

I dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi alla ASL ROMA 6 PUA del Distretto di competenza.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è la ASL Roma 6 nella persona del Responsabile del Procedimento.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.lgs. n. 196/2003 nonché del Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento generale sulla protezione dei dati" (GDPR), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui al presente avviso.

Luogo e data

---

Firma

---