

**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.

