

Esempio di modello da revisionare

ALL.1

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO
ENTRO IL SESTO MESE DI VITA DEL NEONATO PER LE CONDIZIONI MATERNE
DI CUI ALL'ALLEGATO 1 AL DM 31.08.2021**

Il/la sottoscritto/a (*nome e cognome*)
nato/a a (.....) il/...../.....
residente a via n
Telefono codice fiscale

RICHIEDE

il contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno di cui al DM 31.08.2021 nell'interesse del neonato
(*nome e cognome*)
Ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci o di
formazione di atti falsi

DICHIARA

di essere la madre/il padre* del neonato (*nome e cognome*)
nato/a a (.....) il/...../.....
codice fiscale

*in questo caso indicare anche i dati della madre a cui si riferiscono le certificazioni delle condizioni di cui all'allegato 1 al DM 31.08.2021:

nome e cognome.....
luogo di nascita..... da...../...../.....
codice fiscale.....
(in caso di morte: deceduta in data...../...../.....)

A tal fine allega:

- certificazione da parte di un professionista di cui all'art. 4 del DM 31.08.2021 di una delle patologie della madre di cui all'allegato 1 al predetto Decreto che comporta l'impedimento assoluto all'allattamento, temporaneo o permanente;
- prescrizione da parte di un professionista di cui all'art 5 del DM 31.08.2021 di formule per lattanti per il fabbisogno del neonato;
- n.....rivalutazione/i mensile/i (*nel caso di certificazione di impedimento assoluto temporaneo all'allattamento*);
- documentazione ISEE (*Indicatore della situazione Economica Equivalente ordinario non superiore a 30.000,00 euro annui in basi all'ISEE di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159*);
- documentazione della spesa sostenuta pari a euro per l'acquisto di formule per lattanti incluse nel registro nazionale di cui all'art. 7, comma 1, del Decreto del Ministero della Salute 8 giugno 2001 in conformità alla prescrizione di cui al punto 2, per un fabbisogno di durata massima pari ai primi sei mesi di vita del neonato;
- altro (*specificare*)

Dichiara di essere stato informato/a che:

- Ai sensi dell'art. 2 del DM 31.08.2021 il contributo non potrà eccedere la somma di 400 euro e potrà subire eventualmente una riduzione proporzionale sulla base delle richieste pervenute (art. 2 comma4 DM);
- I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento in oggetto. Esprime, a tal fine, il proprio consenso al trattamento in conformità alla vigente normativa.

DATA.....

FIRMA.....



NO!!

Esempio di modello revisionato

RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO ENTRO IL SESTO MESE DI VITA DEL NEONATO PER LE CONDIZIONI MATERNE DI CUI ALL'ALLEGATO 1 AL DM 31.08.2021

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)
nato/a a (.....) il/...../.....
residente a via n
Telefono codice fiscale

RICHIEDE

il contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno di cui al DM 31.08.2021 nell'interesse del neonato
(nome e cognome)

Ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione di atti falsi

DICHIARA

di essere la madre/il padre* del neonato (nome e cognome)
nato/a a (.....) il/...../.....
codice fiscale

*in questo caso indicare anche i dati della madre a cui si riferiscono le certificazioni delle condizioni di cui all'allegato 1 al DM 31.08.2021:

nome e cognome.....
luogo di nascita..... data...../...../.....
codice fiscale.....
(in caso di morte: deceduta in data...../...../.....)

A tal fine allega:

- certificazione da parte di un professionista di cui all'art. 4 del DM 31.08.2021 di una delle patologie della madre di cui all'allegato 1 al predetto Decreto che comporta l'impedimento assoluto all'allattamento, temporaneo o permanente;
- prescrizione da parte di un professionista di cui all'art 5 del DM 31.08.2021 di formule per lattanti per il fabbisogno del neonato;
- n..... rivalutazione/i mensile/i (nel caso di certificazione di impedimento assoluto temporaneo all'allattamento);
- documentazione ISEE (Indicatore della situazione Economica Equivalente ordinario non superiore a 30.000,00 euro annui in basi all'ISEE di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159);
- documentazione della spesa sostenuta pari a europer l'acquisto di formule per lattanti incluse nel registro nazionale di cui all'art. 7, comma 1, del Decreto del Ministero della Salute 8 giugno 2001, in conformità alla prescrizione di cui al punto 2, per un fabbisogno di durata massima pari ai primi sei mesi di vita del neonato;
- altro (specificare)

OK!!

Dichiara di essere stato informato/a che:

- Ai sensi dell'art. 2 del DM 31.08.2021 il contributo non potrà eccedere la somma di 400 euro e potrà subire eventualmente una riduzione proporzionale sulla base delle richieste pervenute (art. 2 comma 4 DM);
- I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento in oggetto.



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR

Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a ufficioprivacy@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri o per adempiere un obbligo legale, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le i presidi ospedalieri, consultabile anche sul sito asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

DATA.....

FIRMA ANCHE PER PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA ESTESA

OK!!