



## AZIENDA SANITARIA LOCALE PESCARA

Via R. Paolini, 45 – 65124 PESCARA

### 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 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 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 [protocollogenerale@asl.pe.it](mailto:protocollogenerale@asl.pe.it). Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](mailto: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/dati personali](http://asl.pe.it/dati-personali) e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

DATA.....

FIRMA (anche per presa visione dell'informativa estesa)

.....