

Schema di attestazione/certificazione delle condizioni patologiche

**ATTESTAZIONE - CERTIFICAZIONE DELLA CONDIZIONE PATOLOGICA PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE
MATERNO (FORMULE PER LATTANTI)**

in applicazione al Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021 (G.U. 249/2021)

Si accerta e si certifica che sussistono le condizioni **materne** che controindicano l'allattamento in maniera assoluta

o temporanea

Specificare la condizione di cui all'allegato 1 al Decreto Ministero della Salute 31 AGOSTO 2021

o permanente

Specificare la condizione di cui all'allegato 1 al Decreto Ministero della Salute 31 AGOSTO 2021

ai sensi dell'Allegato 1 del DM 31 Agosto 2021, non già diversamente normate,

della

Signora

Codice Fiscale

genitore del neonato/lattante

nato il

residente/domiciliato a

Data

Il Medico

.....

(timbro e firma)