

RICHIESTA CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO

Il/la sottoscritto/a Nato/a a
..... il Residente a CAP
..... Provincia..... in Via/Piazza
..... nr. Telefono. E-
mail:..... Codice Fiscale
..... genitore di nato/a
a il
.....

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità

CHIEDE

di poter usufruire del contributo economico* previsto per l'acquisto di sostituti del latte materno alle donne con patologie che ne impediscano l'allattamento al seno (ai sensi del DM Salute 31/08/2021 e della DGR XII/ 2919 del 05/08/2024) per l'anno

*Importo massimo annuo pari a 400,00€ per neonato, per il tempo necessario e comunque non oltre il sesto mese di vita del neonato. Il contributo potrebbe essere soggetto a variazione, in ogni caso entro la cifra suddetta, qualora il valore complessivo delle spese ammissibili superi l'importo del fondo disponibile per lo stesso anno.

A tal fine si allega alla presente:

- Certificazione della condizione materna patologica;
- Prescrizione della formula per lattante;
- ISEE ordinario relativo agli anni nel quale sono state sostenute le spese per le quali si sta richiedendo il contributo, non superiore a 30.000,00 euro annui;
- Giustificativi di spesa per i sostituti del latte materno.

INDICA

Le seguenti informazioni per l'erogazione del contributo economico:

Bonifico su conto corrente bancario/postale intestato a:

Sig./Sig.ra

Istituto di credito/Posta Agenzia

IBAN

Luogo e data/...../.....

Firma