

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 **materna** 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)