



**CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI
SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (FORMULE
PER LATTANTI) ALLE DONNE AFFETTE DA
CONDIZIONI PATOLOGICHE CHE
IMPEDISCONO LA PRATICA NATURALE
DELL'ALLATTAMENTO**



Come stabilito dal Decreto del Ministero della Salute del 31 agosto 2021, è possibile richiedere un contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti), per le donne con i seguenti requisiti:

- affette da condizioni patologiche certificate che impediscono l'allattamento naturale
- con un ISEE ordinario non superiore a 30.000 euro annui

Come indicato da Regione Lombardia, con D.G.R. n. XII/2919 del 05.08.2024, il contributo prevede un importo massimo annuo di **400 euro per neonato**, da utilizzare per il tempo necessario e comunque non oltre il sesto mese di vita, qualora non sia possibile ricorrere alle banche del latte umano donato (BLUD).

PROCEDURA PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Gli aventi diritto possono presentare la richiesta di contributo per l'acquisto delle formule per lattanti, con riferimento alla spesa sostenuta per i nati dal 1 gennaio al 31 dicembre e riferita ai **primi 6 mesi di vita del neonato, entro il 15 febbraio dell'anno successivo** (solo per quest'anno entro il 15 ottobre 2024), quindi:

- **entro e non oltre il 15 ottobre 2024** (per i nati dal 1° gennaio al 31 dicembre 2023)
- **entro e non oltre il 15 febbraio 2025** (per i nati dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024)

La richiesta deve riportare la data di presentazione ed essere corredata da:

- certificazione della condizione materna patologica, rilasciata dal medico di medicina generale o da un medico specialista (facsimile allegato B)
- prescrizione della formula per lattante (ove non fosse possibile allegare il modulo di prescrizione come da facsimile allegato C, si potrà allegare altra idonea documentazione rilasciata dai professionisti quali neonatologo, Pediatra di Libera Scelta, Medico di Medicina Generale, specialista, attestante la prescrizione all'utilizzo delle formule per lattanti);
- ISEE ordinario (non superiore a 30.000 €) relativo all'anno nel quale sono state sostenute le spese;
- giustificativi di spesa in originale per i sostituti del latte materno acquistati in presenza delle condizioni che controindicano l'allattamento;
- Copia fronte/retro del documento di identità;
- coordinate bancarie del richiedente per l'erogazione del contributo (allegare stampa dell'Iban)



Se i primi 6 mesi di vita del bambino sono a cavallo di due annualità dovranno essere presentate due richieste distinte, una per ogni anno di competenza della spesa, entro le scadenze annuali previste.

DOVE PRESENTARE LA RICHIESTA

La richiesta (allegato A), con riferimento alla spesa sostenuta corredata di tutti i documenti indicati sopra,

DISTRETTO	SEDE	SERVIZIO	GIORNI E ORARI	CONTATTI PER INFORMAZIONI
DISTRETTO LEGNANESE	Legnano Via Candiani 2	Punto Unico di Accesso	Lunedì Mercoledì Venerdì 9.00 - 12.30	TEL: 0331/1776811 E-MAIL: sportellounico.legnano@asst-ovestmi.it
	Parabiago Via XI Febbraio 31	Punto Unico di Accesso	Giovedì 9.00 – 12.30	TEL: 0331/1776331 E-MAIL: sportellounico.legnano@asst-ovestmi.it
	Busto Garolfo Via XXIV Maggio 17	Punto Unico di Accesso	Martedì 14.00 – 16.00	TEL: 0331/1776181 E-MAIL: sportellounico.legnano@asst-ovestmi.it
DISTRETTO CASTANESE	Castano Primo Via Moroni 12	Punto Unico di Accesso	Mercoledì 9.00 - 12.00	TEL: 0331/1776371 E-MAIL: sportellounico.cuggiono@asst-ovestmi.it
	Cuggiono Via Rossetti 3	Punto Unico di Accesso	Lunedì Venerdì 9.00 – 12.00	TEL: 02/9733547/6 E-MAIL: sportellounico.cuggiono@asst-ovestmi.it
DISTRETTO MAGENTINO	Magenta Via Al Donatori di Sangue 50	Punto Unico di Accesso	Lunedì Martedì Giovedì Venerdì 14.00 – 16.00	TEL: 02/97963134 E-MAIL: sportellounico.magenta@asst-ovestmi.it
DISTRETTO ABBIATENSE	Abbiategrasso P.zza Mussi 1	Punto Unico di Accesso	Lunedì Mercoledì Venerdì 9.00 - 12.30	TEL: 02/9486070 E-MAIL: sportellounico.abbiategrasso@asst-ovestmi.it



DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (FORMULE PER LATTANTI) ALLE DONNE AFFETTE DA CONDIZIONI PATOLOGICHE CHE IMPEDISCONO LA PRATICA NATURALE DELL'ALLATTAMENTO, ai SENSI DEL D.M. SALUTE 31.8.2021 (DGR n. XII 2919 del 05/08/2024

(scadenza presentazione domande 15 ottobre 2024)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art.46 e 47, D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

Il/La richiedente (Nome e Cognome):

.....

Residente in.....Provincia.....

Via.....

Telefono.....

E Mail.....

Codice Fiscale del richiedente

genitore del neonato/lattante

nato/a il.....a.....

residente/domiciliato a

CHIEDE

di accedere al contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti) come da certificazione allegata, per i nati dal 01 gennaio 2023 al 31 dicembre 2023 e riferita ai primi 6 mesi di vita del neonato.

A TAL FINE DICHIARA

- che ricorrono le condizioni patologiche indicate nell'allegato 1 al DM Salute 31.8.2021, che impediscono la pratica naturale dell'allattamento, certificate come da allegato;



- di avere un ISEE ordinario relativo all'anno nel quale sono state sostenute le spese per le quali si sta richiedendo il contributo, non superiore a 30.000,00 euro annui;

DICHIARA INOLTRE

- Di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o dichiarazioni mendaci, il dichiarante è soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito;
- di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati personali.

ALLEGA

- ☐ certificazione della condizione materna patologica così come previsto nell'allegato 1 al DM Salute 31.8.2021;
- ☐ prescrizione come da facsimile regionale*;
- ☐ ISEE ordinario relativo all'anno 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 (formule per lattanti) acquistati in presenza delle condizioni che controindicano l'allattamento per i primi 6 mesi di età del neonato;
- ☐ documentazione attestante il codice IBAN, su cui sarà accreditato il contributo, se dovuto.

DATA.....

FIRMA

.....

*Ove non fosse possibile allegare il modulo di prescrizione come da schema regionale, si potrà allegare altra idonea documentazione rilasciata dai professionisti (neonatologo, pediatra del punto nascita, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o lo specialista) attestante la prescrizione all'utilizzo delle formule per lattanti.

PRIVACY

Dichiara altresì di aver preso visione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del REG. UE 679/2016, ed esprime il consenso al trattamento dei dati.

Data e firma per ricevuta ASST

Schema di attestazione/certificazione delle condizioni patologiche

Su carta intestata della struttura di appartenenza del Medico

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

☐ temporanea

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

☐ 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)

Schema di prescrizione della formula per lattante per l'acquisto di sostituti del latte materno

Su carta intestata della struttura di appartenenza del Medico

PRESCRIZIONE DELLA FORMULA PER LATTANTE

PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO

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

Al lattante nato/a il

residente/domiciliato a

figlio di (mamma/genitore)

Codice Fiscale (madre)

considerate l'età e le caratteristiche del lattante, la **FORMULA PER LATTANTI prescritta** è:

.....

per un mese dalla data di prescrizione.

Data

Il Medico

.....
(timbro e firma)