REGIONE DEL VENETO
ULSS8 BERICA

RICHIESTA CONTRIBUTO
PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI AL LATTE MATERNO
(FORMULE PER LATTANTI)
ALLE DONNE AFFETTE DA CONDIZIONI PATOLOGICHE
CHE IMPEDISCONO LA PRATICA NATURALE DELL'ALLATTAMENTO.
DECRETO MINISTERO DELLA SALUTE 31 AGOSTO 2021
(ATTUAZIONE ART. 1 CC 456 E 457 DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2019 N°160)
DGR VENETO 1563/2022

Allegato 1

Al Direttore del Distretto Est/Ovest dell'Azienda Ulss n. 8 Berica

Il/la sottoscritta/o……..……..…… nato/a a ……..
il …… residente a ……..
in via ……..……...……Codice Fiscale _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_

DICHIARA

- ☐ di essere genitore di ……nato/a a……..……
  il……..……Codice Fiscale _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_

- ☐ di essere affetta da una delle seguenti condizioni patologiche (art.4, decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021- Allegato A DGR n. 1563 del 06 dicembre 2022) che impediscono la pratica naturale dell' allattamento:

  <u>Indicazioni permanenti</u>
  - ☐ infezione da HTLV1 e 2;
  - ☐ sindrome di Sheehan;
  - ☐ alattogenesi ereditaria;
  - ☐ ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare);
  - ☐ mastectomia bilaterale;

  <u>Indicazioni temporanee</u>
  - ☐ infezione da HCV con lesione sanguinante del capezzolo; infezione da HSV con lesione erpetica sul seno o capezzolo; infezione ricorrente da streptococco di gruppo B;
  - ☐ lesione luetica sul seno;
  - ☐ tubercolosi bacillifera non trattata;
  - ☐ mastite tubercolare;
  - ☐ infezione da virus varicella zooster;
  - ☐ esecuzione di scintigrafia;
  - ☐ assunzione di farmaci che controindicano in maniera assoluta l' allattamento;
  - ☐ assunzione di droghe (escluso il metadone);
  - ☐ alcolismo.

- ☐ di richiedere il contributo per morte materna;

- ☐ di avere l'ISEE ordinario non superiore a 30.000 euro annui.

CHIEDE

l'autorizzazione all'erogazione del contributo relativo all'acquisto di formule per lattanti fino al sesto mese di età del neonato.

A tal fine si allega:

✔ documentazione attestante la condizione materna patologica (es. referto dimissione, certificato di morte, etc) oppure certificato rilasciato dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista (es. oncologo) pubblico o privato convenzionato che attestino l'avvenuta presenza della patologia che impediscono l' allattamento presente nel DM Salute 31 agosto 2021 e Allegato A Deliberazione Regionale n. 1563/2022 (è possibile utilizzare il modello di cui all'Allegato 2);

✔ prescrizione della formula per lattante del Pediatra ospedaliero o del Pediatra di Libera Scelta (art. 5 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021) utilizzando il modello di cui all'Allegato 3;

✔ attestazione ISEE di cui all'art. 2 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021;

Chiede, inoltre, che il contributo venga accreditato sul seguente conto:

Banca / Posta _____

Filiale _____

Nome intestatario _____

IBAN

Data _____ Firma (leggibile) _____

Responsabili del Procedimento: Dr.ssa Marilena Zanetello – Dr.ssa Mariuccia Lorenzi
Referente procedura: dr.ssa Anna Modenese
Tel. 0444-75.2949
E-mail: contributo.latte@aulss8.veneto.it