

Domanda per ottenere il contributo per l'acquisto di sostituti al latte materno (formule per lattanti)

Al Responsabile del Distretto
dell'Azienda ULSS n° _____

S E D E

Oggetto: 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

Il/la sottoscritta/o..... nato/a a
il residente a
in viaCodice Fiscale.....

DICHIARA

- di essere genitore dinato/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 :

Indicazioni permanenti

- infezione da HTLV1 e 2;
- sindrome di Sheehan;
- alattogenesi ereditaria;
- ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare);
- mastectomia bilaterale;

Indicazioni temporanee

- 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);

