



Alla ASST di Pavia

RICHIESTA CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO

La/Il sottoscritta/o.....
 Nata/o a.....il.....
 Residente aCAPProvincia.....
 in Via/Piazzanr.
 Telefono.E-mail:.....
 Codice Fiscale
 genitore dinato/a a
 il

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 21.8.2021 e della DGR XI/ 7665 del 28/12/2022) per l'anno

A questo scopo **ALLEGA**:

- giustificativi di spesa per i sostituti del latte materno acquisitati in presenza delle condizioni che controindicano l'allattamento
- 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
- Copia fronte/retro del documento di identità

INDICA

la seguente modalità per la riscossione del contributo previsto:

Bonifico sul conto corrente bancario intestato al/alla richiedente

BancaAgenzia
 IBAN I T _ _ _ _ _

Bonifico sul conto corrente banco posta intestato al/alla richiedente

IBAN I T _ _ _ _ _

DICHIARA

di essere a conoscenza che saranno possibili eventuali controlli sulla documentazione prodotta.

La/Il sottoscritta/o dichiara di essere informato sulle finalità del presente trattamento dei propri dati personali ai sensi degli artt. 12 e 13 del Regolamento UE 2016/679, come da informativa pubblicata sul sito web di ASST Pavia. Inoltre, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, dichiara sotto la propria responsabilità di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000).

Data Firma (leggibile)