

Il/La sottoscritto/a /delegato/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Carta d'identità n. \_\_\_\_\_

genitore del neonato/lattante \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### **RICHIEDE**

il contributo per l'acquisto delle formule per neonati/lattanti, con riferimento alla spesa sostenuta nei primi 6 mesi di vita, **a partire dal 01/01/2024.**

#### **Si allegano alla richiesta i seguenti documenti:**

1. certificazione della condizione materna patologica;
2. prescrizione della formula per lattante per l'acquisto di sostituti del latte materno da parte del Medico Specialista/Pediatra di Famiglia;
3. 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;
4. giustificativi di spesa per i sostituti del latte materno (formule per lattanti) acquistati in presenza delle condizioni che controindicano l'allattamento di cui al presente documento per i primi 6 mesi di età del neonato/lattante;
5. estremi bancari per l'erogazione del contributo ovvero coordinate bancarie e denominazione della banca/posta d'appoggio con nome e cognome del intestatario del c/c (codice Iban prodotto tramite home banking o stampato dall'istituto bancario/postale).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente/delegato

\_\_\_\_\_