

**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 a.....

residente/domiciliato a.....

figlio di (nome e cognome della madre).....

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)