

**ATTESTAZIONE - CERTIFICAZIONE DELLA CONDIZIONE PATOLOGICA
PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO
(FORMULE PER LATTANTI)**

in applicazione al Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021 (G.U. 249/2021)

Si accerta e si certifica che sussistono le condizioni **maternali** che controindicano l'allattamento in maniera assoluta

- temporanea

.....

Specificare la condizione di cui all'allegato 1 al Decreto Ministero della Salute 31 AGOSTO 2021

- permanente

.....

Specificare la condizione di cui all'allegato 1 al Decreto Ministero della Salute 31 AGOSTO 2021

ai sensi dell'Allegato 1 del DM 31 Agosto 2021, non già diversamente normate,

della Signora

Codice Fiscale

genitore del neonato/lattante

nato ila.....

residente/domiciliato a

Data

Il Medico

.....

(timbro e firma)