



MODULO REGIONALE PER LA CERTIFICAZIONE ALLE ASSISTITE RESIDENTI NELLA REGIONE PUGLIA DELLE CONDIZIONI PATOLOGICHE DI CUI ALL'ART. 4, CO. 1 DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 31/08/2021, CHE CONTROINDICANO IN MANIERA ASSOLUTA (TEMPORANEA O PERMANENTE) L'ALLATTAMENTO.

(DA COMPILARE A CURA DELLO SPECIALISTA DEL SSN, DIPENDENTE O CONVENZIONATO - IN PARTICOLARE PEDIATRA O NEONATOLOGO DEL PUNTO NASCITA PER LE CONDIZIONI IDENTIFICATE GIÀ IN GRAVIDANZA O ALLA NASCITA, MMG/PLS O ALTRO SPECIALISTA PER LE CONDIZIONI CHE SI VERIFICANO DOPO LA DIMISSIONE)

***Al Direttore del Distretto Socio Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza dell'assistita**

D.S.S. di _____

ASL _____

1) DATI DI RIFERIMENTO DELL'AZIENDA DEL SSR PRESSO CUI OPERA IL MEDICO PRESCRITTORE:

ASL: ASL BA ASL BR ASL BT ASL FG ASL LE ASL TA

AA.OO.UU.: POLICLINICO/GIOVANNI XXIII OO.RR.FG

I.R.C.C.S. PUB.: DE BELLIS ONCOLOGICO GIOVANNI PAOLO II

E.E./I.R.C.C.S. PRIV. ACC.: MIULLI PANICO MAUGERI MEDEA

P.O.: _____

DISTRETTO S.S.: _____

STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA _____

U.O./SERVIZIO/AMBULATORIO DI (INDICARE DENOMINAZIONE) _____

2) DATI DI RIFERIMENTO DELL'ASSISTITA PER LA QUALE SI CERTIFICA LA SUSSISTENZA DI CONDIZIONI PATOLOGICHE DI CUI ALL'ART. 4, CO. 1 DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 31/08/2021:

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____ ASL di residenza _____

**L'invio del presente modulo di certificazione patologica al Direttore del D.S.S. della ASL di residenza dell'assistita deve essere trasmesso a mezzo mail/PEC da parte del medico prescrittore ovvero, in alternativa, deve essere compilato in maniera informatizzata sul sistema regionale Edotto non appena sarà resa disponibile la specifica funzionalità nell'area applicativa Assistenza Farmaceutica. Copia cartacea del presente certificato compilato in ogni sua parte dal prescrittore viene rilasciato anche all'assistita richiedente.*



3) CONDIZIONE/I PATOLOGICA/E DI CUI ALL'ART. 4, CO. 1 DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 31/08/2021, CHE CONTROINDICANO IN MANIERA ASSOLUTA (TEMPORANEA O PERMANENTE) L'ALLATTAMENTO, CERTIFICATE PER L'ASSISTITA.

Indicazioni permanenti

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

Indicazioni temporanee (da sottoporre a verifica mensile)

- 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);
- alcolismo.

Nei caso di indicazioni temporanee, specificare il periodo: DA ___/___/____ A ___/___/____

DATA _____

IL MEDICO PRESCRITTORE

(FIRMA E TIMBRO)

**L'invio del presente modulo di certificazione patologica al Direttore del D.S.S. della ASL di residenza dell'assistita deve essere trasmesso a mezzo mail/PEC da parte del medico prescrittore ovvero, in alternativa, deve essere compilato in maniera informatizzata sul sistema regionale Edotto non appena sarà resa disponibile la specifica funzionalità nell'area applicativa Assistenza Farmaceutica. Copia cartacea del presente certificato compilato in ogni sua parte dal prescrittore viene rilasciato anche all'assistita richiedente.*



ALLEGATO A2

MODULO REGIONALE PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI AL LATTE MATERNO (FORMULE PER LATTANTI) PER 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)

***Al Direttore del Distretto Socio Sanitario
dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza
dell'assistita**

D.S.S. di _____

ASL _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETÀ

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 consapevole che, in caso di false dichiarazioni o false attestazioni accertate dall'Amministrazione precedente, verranno applicate le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione o attestazione non veritiera, il/la sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico) _____

DICHIARA

– di essere genitore/tutore legale di _____

nato/a a (dati neonato) _____ il _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

– che il neonato ha compiuto 6 mesi di vita alla data di presentazione della richiesta di contributo di cui all'oggetto.

CHIEDE

Di partecipare all'Avviso pubblico emesso dalla ASL _____, di cui alla Delibera del Direttore Generale n.____, del _____, finalizzato all'erogazione del contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti) alle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento, sino al sesto mese di età del neonato, così come previsto dal Decreto 31 agosto 2021 del Ministero della Salute.

