

---

## Schema di attestazione/certificazione delle condizioni patologiche

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 **materne** che controindicano l'allattamento in maniera assoluta

O temporanea .....

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

O 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 formate,

della

Signora .....

Codice Fiscale .....

genitore del neonato/lattante .....

nato il .....

residente/domiciliato a .....

Data .....

Il Medico

.....  
(timbro e firma)