

## Allegato 3

Fac-simile PRESCRIZIONE DI FORMULA  
per l'applicazione del D.M. del 31/08/21 sui latti artificiali

Data \_\_\_\_\_

Neonato/neonata

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza/domicilio \_\_\_\_\_

Tipo di formula:

tipo 0 formulazione liquida

tipo 0 formulazione in polvere

tipo 1 formulazione liquida

tipo 1 formulazione in polvere

Posologia giornaliera: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il medico pediatra/medico del neonato/a  
(timbro e firma) \_\_\_\_\_