

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) _____