

## Allegato 4

### Fac-simile AUTORIZZAZIONE AL RITIRO GRATUITO DI FORMULA ai sensi del D.M. del 31/08/21 sui latti artificiali

Data \_\_\_\_\_

Al punto di erogazione diretta dell'Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_

Sito in via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Orario \_\_\_\_\_

Si autorizza l'erogazione di formula (latte artificiale):

tipo 0 formulazione liquida

tipo 0 formulazione in polvere

tipo 1 formulazione liquida

tipo 1 formulazione in polvere

per il neonato/la neonata

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

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

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

Formula ritirata dal genitore/dall'avente la responsabilità genitoriale/dall'avente la tutela legale del neonato/della neonata

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_

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

Telefono \_\_\_\_\_

Erogabile dal ..... al .....per un importo massimo di 400 euro.

Servizio assistenza integrativa (timbro e firma) \_\_\_\_\_