

Allegato 5

Fac-simile PUNTO DI EROGAZIONE DIRETTA

MODULO PER LA FORNITURA DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO ai sensi del D.M. del 31/08/21 sui lattati artificiali

Punto di erogazione diretta (denominazione) _____ Azienda USL di _____
via _____ città _____

Chi ritira

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Residenza/domicilio _____ Telefono _____

In qualità di: genitore [] o esercente la responsabilità genitoriale [] o avente la tutela legale [] del neonato/neonata

Neonato/neonata per il/la quale avviene l'erogazione

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Data di nascita _____ Residenza/domicilio _____

Erogazione gratuita possibile dal: _____ al: _____ per un importo massimo di 400 euro

	Data	Tipo di formula consegnata*	Quantità di formula consegnata*	Corrispettivo economico	Operatore (firma di consegna)	Chi ritira (firma di ritiro)
1° ritiro						
2° ritiro						
3° ritiro						
...						

*sulla base delle indicazioni del medico (pediatra) curante: specificare se 0, 1, liquida, polvere.

Il presente modulo deve essere conservato dal **punto di erogazione aziendale**, per essere poi utilizzato per il **monitoraggio** periodico.