

Schema di prescrizione della formula per lattante per l'acquisto di sostituti del latte materno

*Su carta intestata*

**PRESCRIZIONE DELLA FORMULA PER LATTANTE**

**PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO**

in applicazione al Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021 (G.U. 249/2021)

Al lattante ..... nato/a il .....

residente/domiciliato a .....

figlio di (mamma/genitore) .....

Codice Fiscale (madre) .....

considerate l'età e le caratteristiche del lattante, la **FORMULA PER LATTANTI** prescritta è:

.....

per un mese dalla data di prescrizione.

Data .....

Il Medico

.....  
(timbro e firma)