



Stillförderung Schweiz  
Promotion allaitement maternel Suisse  
Promozione allattamento al seno Svizzera

## Conferma di allattamento

Il/la sottoscritto/a conferma che la signora

nome, cognome,

---

allatta attualmente

il/la suo/a bambino/a

nome

---

nato/a il

---

e che le prescrizioni di legge devono essere applicate secondo l'Ordinanza 1  
concernente la legge sul lavoro (OLL 1).

Luogo e data

Timbro e firma  
medico / levatrice  
consulenti allattamento / consultori

---

---