

FAC SIMILE DI CERTIFICATO DEL PEDIATRA LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SANITARIE NELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA PUBBLICA/PRIVATA E DEGLI ASILI NIDO

Si certifica che (cognome e nome) M ☐ F ☐

Nato/a a il

presenta:

- ☐ CELIACHIA
- ☐ MALATTIA METABOLICA (SPECIFICARE)
- ☐ DEFICIT ENZIMATICO (SPECIFICARE)
- ☐ ALTRA PATOLOGIA CRONICA (specificare):
- ☐ ALLERGIA ALIMENTARE (SPECIFICARE)
- ☐ INTOLLERANZA ALIMENTARE (SPECIFICARE.....)
- ☐ ALTRO (specificare):

La patologia è da considerare ☐ **a rischio vita** (es. rischio shock anafilattico) ☐ **non a rischio vita**

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI (*riportare in modo leggibile*):

.....

.....

.....

.....

LA DURATA DELLA DIETA SI CONSIDERA VALIDA PER TUTTO IL PERCORSO SCOLASTICO SE NON DIVERSAMENTE INDICATO.

.....

Data

Timbro e firma del Medico/PLS/MMG

.....