

**ESEMPIO 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

.....