

Comune di

Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare

(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che (cognome e nome)

Nato a: Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:

è affetto/a da:

- ☐ **Malattia celiaca**
- ☐ **Intolleranza al lattosio primitiva**
- ☐ **Intolleranza al lattosio secondaria**
- ☐ **Favismo**
- ☐ **Altra intolleranza ai carboidrati**
- ☐ **Altri errori congeniti del metabolismo**

Intolleranza ad alimenti ricchi di amine vasoattive e/o di sostanze istamino-liberatrici (specificare quali alimenti

appartenenti a tali categorie non sono clinicamente tollerati:

Intolleranza ad additivi alimentari e metalli (conservanti, antiossidanti, emulsionanti, aromi, coloranti, salicilati). Specificare per

quale/i, tra additivi alimentari e metalli, è stata dimostrata l'intolleranza:

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

....., il

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

.....