



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 o da un Medico specialista di Allergologia)

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 del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono

Firma del Medico

