

MODULO B

ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M F

Nato/a il _____ presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE** (SPECIFICARE _____)
- INTOLLERANZA ALIMENTARE** (SPECIFICARE _____)
- CELIACHIA**
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**
(SPECIFICARE _____)

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

Timbro e firma del Medico Curante