



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)