

Modello B Sian AST AP

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

.....