



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 .....

