

**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*):

.....

.....

.....

.....

N.B.: fatto salvo i casi di patologie rare/croniche di cui Allegati 7 e 8 al DPCM 12-01-2017 (LEA), il presente certificato ha validità (barrare il caso che ricorre):

- ☐ **per l'intero anno scolastico** ☐ **per l'intero percorso scolastico** ☐ **fino al**

→ (*se ricorre*) Nel caso di **patologia in accertamento**, per la quale non è terminato il percorso diagnostico, **la validità non potrà superare i 4 mesi**,

pertanto, la dieta deve essere erogata dal/...../..... al/...../.....

- ☐ Sospetta intolleranza/allergia: eliminare il seguente/i alimento/i:

dal/...../..... al/...../.....

- ☐ Accertamento diagnostico: eliminare il seguente/i alimento/i:

dal/...../..... al/...../.....

Data

Timbro e firma del Medico/PLS/MMG

.....