

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER INTOLLERANZA ALIMENTARE

la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN

CERTIFICAZIONE

Si certifica che (cognome e nome) _____

Nato a: _____ il _____

Residente a _____ via: _____ n. _____

Codice Fiscale o tessera sanitaria: _____ Tel: _____

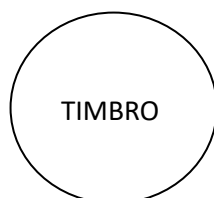
Frequentante la Scuola dell'Infanzia Paritaria Sant'Anna

è affetto/a da:

- Malattia celiaca ☐
- Intolleranza al lattosio primitiva ☐
- Intolleranza al lattosio secondaria ☐
- Favismo ☐
- Altra intolleranza ☐

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi che si allega.

Torino, il _____



Timbro e firma del Medico con codice regionale,
qualifica e titoli specialistici,
indirizzo e numero di telefono