

**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

---