

MODULO B: ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE (preferibilmente dal PEDIATRA DI LIBERASCELTA e/o MEDICO DI MEDICINA GENERALE) in tutte le sue parti.

Data _____

Si certifica che il bambino/a

M ☐ F ☐

Nato/a _____ il _____

presenta:

☐ ALLERGIA ALIMENTARE

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di

Adrenalina autoiniettabile SI ☐ NO ☐

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche

☐ Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)

☐ Esami in vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)

☐ Biopsia intestinale

☐ Breath Test

☐ Test di provocazione orale

☐ INTOLLERANZA ALIMENTARE

☐ CELIACHIA

☐ MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO

☐ ALTRA PATOLOGIA

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti tests diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

Durata della dieta speciale

intero ciclo scolastico ☐

intero anno scolastico ☐

n. mesi ☐

timbro e firma del Medico Curante