

## MODULO B

### ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_ M  F

Nato/a il \_\_\_\_\_ presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE** (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)
- INTOLLERANZA ALIMENTARE** (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)
- CELIACHIA**
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**  
(SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

---

---

---

---

Timbro e firma del Medico Curante