**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

.....