**CERTIFICATO MEDICO PER LA**

**RICHIESTA DI DIETA SPECIALE**

*Da compilarsi a cura del Medico curante (preferibilmente pediatra di libera scelta / medico di medicina generale)*

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

□ **allergia alimentare**

- possibilità di reazioni gravi fino allo schock anafilattico che necessità di pronta disponibilità di adrenalina auto iniettabile 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

□ Test di provocazione orale

□ **Intolleranza alimentare**

- Specificare procedura diagnostica:

□ **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.

Pertanto si richiede una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durata della dieta speciale:

□ intero anno scolastico

□ n° mesi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma medico curante