

*(Da compilarsi da parte del Pediatra di Libera Scelta,
Medico di Medicina Generale o Medico Specialista dipendente del
Servizio Sanitario Nazionale)*

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

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____

Nato/a _____ il _____

È affetto da: (indicare la patologia) _____

Si richiede pertanto una dieta priva di:

Per il periodo di tempo di seguito indicato:

DAL _____ AL _____

PER L'A.S. _____

PERMANENTE

Certifico inoltre che il bambino/a (da compilare solo se si ritiene necessario):

è un soggetto a rischio di shock anafilattico

necessita della somministrazione dei seguenti farmaci con le
modalità di seguito indicate: _____

Rilasciato ai genitori o ai tutori legali

Timbro e firma del Medico