

6.2.2 MODULO B: ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Istruzione per la compilazione

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE (preferibilmente PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/ 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