

CERTIFICATO MEDICO PER DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Modello di fac-simile da rilasciare a cura del pediatra di libera scelta, medico di medicina generale o medico specialista in allergologia, immunologia clinica o gastroenterologia

Certifico che il paziente

Nato/a a:..... il

È affetto da.....

E pertanto non può assumere il/i seguente/ti alimento/i:

.....
.....
.....

(Indicare inoltre se l' alimento è da escludere se presente come "tale" (es. "latte fresco") e/o se presente come "ingrediente" (es. "latte all'interno delle preparazioni") e/o se presente come "contaminante" ("indicazione in etichetta di possibile presenza di es. latte in tracce/nello stabilimento di produzione"). In assenza di questa specifica, l'alimento verrà escluso anche nei casi in cui è presente come "contaminante".)

.....
.....
.....

In caso di soggetti allergici, specificare se in passato si sono verificate reazioni anafilattiche e/o è stato prescritto l'autoiniettore di adrenalina Fastjekt (auto-iniettore) :

.....
.....

Tale disposizione è necessaria ed indispensabile per la salute del paziente per il periodo da al

Luogo e data

Timbro e firma del Medico