

**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

.....