



Comune di .....

Richiesta di dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia  
(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che (cognome e nome).....

Nato a: ..... Residente a: ..... via: .....

Codice Fiscale o tessera sanitaria: ..... Tel: .....

Scuola: .....

è affetto/a da:

- Diabete.....
- Dislipidemie.....
- Obesità complicata .....
- Sovrappeso / Obesità semplice *(Per il bambino verrà mantenuto il menù previsto per la ristorazione scolastica, in quanto normocalorico e bilanciato per le diverse fasce di età. Verranno peraltro adottate da parte del personale scolastico e degli addetti alla ristorazione opportune modalità comportamentali volte a migliorare l'educazione alimentare del bambino stesso)*
- Stipsi .....
- Reflusso gastro-esofageo .....
- Malattia da reflusso gastro-esofageo – esofagite – ulcera .....
- Gastrite e/o duodenite .....
- Colon irritabile – Colite .....
- Malattie infiammatorie croniche intestinali .....
- Specificare: .....
- Epatopatie – Colecistopatie .....
- Specificare: .....
- Ipertensione .....
- Specificare: .....
- Nefropatia – Calcolosi renale .....
- Specificare: .....
- .....
- .....

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

....., il .....

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)