

MODULO B

**CERTIFICATO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI
AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M F

Nato/a il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE
(SPECIFICARE _____)

INTOLLERANZA ALIMENTARE
(SPECIFICARE _____)

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO
(SPECIFICARE _____)

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

Timbro e firma del Medico Curante