



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)