



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)

.....