

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:
- ☐ **Iperensione**
- 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)

.....