

## CERTIFICATO

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ presenta:

**ALLERGIA ALIMENTARE**

**Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche :**

- Esami in vivo ( es: Prick test, Prick by Prick)
- Esami in Vitro ( es: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- Biopsia intestinale
- Breath test
- Test di provocazione orale

**INTOLLERANZA ALIMENTARE**

**CELIACHIA**

**MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

**ALTRA PATOLOGIA**

N.B. si fa presente che verranno considerate solo le certificazioni mediche riportanti test diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durata della dieta speciale:

- intero ciclo scolastico
- intero anno scolastico
- n. mesi

Timbro e firma Medico Curante \_\_\_\_\_