



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 *(nel certificato medico deve essere segnalata la condizione di sovrappeso oppure di 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 sovrappeso o obeso).*
- ☐ **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, titoli specialistici, numero di telefono