**Allegato 1c**

**Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare**

(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:

* Malattia celiaca .... ... ..............................................................................................................................
* Intolleranza al lattosio primitiva ...... ..........................................................................................................
* Intolleranza al lattosio secondaria ....... .............................................................................*:.*.......................
* Favismo .......... .....................................................................................................................................
* Altra intolleranza ai carboidrati ................................................................................................................
* Altri errori congeniti del metabolismo ....... ............. ............................. ......................................................

**Intolleranza ad alimenti ricchi di amine vasoattive e/o di sostanze istamino-liberatrici** (spedificare quali alimenti appartenenti a tali categorie non sono clinicamente tollerati: ...........................................................................................

**Intolleranza ad additivi alimentari e** metalli (conservanti, antiossidanti, emulsionanti, aromi, coloranti, salicilati). Specificare per

qualefi, tra additivi alimentari e metalli, è stata dimostrata l'intolleranza: ............................................................................

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)

1