



Comune di .....

**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) PAGLIUCA MIRKO  
 Nato a: BIELLA Residente a: VERONE via: 8 F. KENNEDY  
 Codice Fiscale o tessera sanitaria: PGLMRK0902ASS1H Tel: 3397313161  
 Scuola: PRIMARIA DI VERONE  
 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** (specificare quali alimenti appartenenti a tali categorie non sono clinicamente tollerati: .....

**Intolleranza ad additivi alimentari e metalli** (conservanti, antiossidanti, emulsionanti, aromi, coloranti, salicilati). Specificare per quale/i, tra additivi alimentari e metalli, è stata dimostrata l'intolleranza: .....

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

Cesale, il 16/11/2015

(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)

DR. MOLICA  
M.P.E.  
Via P. Torricelli  
P.I. 0121

DR. MOLICA M. CLEI  
MEDICO CHIRURGO  
SPEC. IN PEDIATRIA  
Via P. Torricelli 22 - BIELLA  
P.I. 0121-1390026

335266378  
ER21454W