

COMUNE DI ISILI – SERVIZIO MENSA SCOLASTICA

**MODULO D - Richiesta di dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia**

*(la certificazione deve essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN)*

**CERTIFICAZIONE**

Si certifica che \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale o tessera sanitaria: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Scuola: \_\_\_\_\_

è affetto/a da:

- DIABETE
- DISLIPIDEMIE
- OBESITA' COMPLICATA
- SOVRAPPESO – OBESITA' SEMPLICE
- STIPSI
- REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO
- MALATTIA DA REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO, ESOFAGITE, ULCERA
- GASTRITE E/O DUODENITE
- COLON IRRITABILE – COLITE
- MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI
- EPATOPATIE – COLECISTOPATIE
- IPERTENSIONE
- NEFROPATIA - CALCOLOSI RENALE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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)*

\_\_\_\_\_