



Comune di .....

### Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata

La certificazione dovrà essere compilata dal Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico specialista di Allergologia solo sulla base di documentazione clinica. La diagnosi specialistica deve essere allegata in copia o disponibile a richiesta (riportare gli estremi).

#### CERTIFICAZIONE

Si certifica che.....

Nato a: ..... il .....

Residente a: ..... via: .....

Codice Fiscale o tessera sanitaria: ..... Tel: .....

Scuola: .....

è affetto/a // presenta il seguente quadro clinico .....

per il/la quale è stato intrapreso e concluso l'iter (presso un centro accreditato e riconosciuto dal SSN) che ha condotto alla diagnosi di allergia alimentare. In base alle procedure diagnostiche eseguite, il/la bambino/a è risultato essere ALLERGICO/A al/i seguente/i alimento/i, che dovrà/dovranno pertanto essere escluso/i dalla dieta (N.B. per le allergie alimentari accertate la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso):

- ☐ **proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);**  
il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di carne bovina? ☐ SI ☐ NO
- ☐ **proteine dell'uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);**  
il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di carne di pollo? ☐ SI ☐ NO
- ☐ **proteine del frumento e di tutti i cereali** che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)
- ☐ **proteine del/i pesce/i** (indicare il/i pesce/i sospettati come allergenici).....  
indicare quale/i pesce/i sono invece ingeriti e tollerati: .....
- ☐ **proteine della soia ( o altre leguminose comprese arachide) .....**
- ☐ **frutta secca con guscio** (indicare quale/i frutta secca è allergenica).....  
indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono assunti e tollerati.....
- ☐ **kiwi (altra frutta fresca) .....**
- ☐ **altri allergeni alimentari .....**

....., il.....

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

Firma del Medico .....