

FAC-Simile di CERTIFICAZIONE

(da rilasciare a cura del pediatra/medico di base)

Certifico che il paziente.....
nato/a ilè affetto da.....

e pertanto non può assumere il/i seguente/i alimento/i:

-
-
-
-
-
-

Tale disposizione è necessaria ed indispensabile per la salute del paziente per il
periodo da.....al.....

Firenze li,.....

Timbro e firma del Pediatra/ Medico di base

Indicare (a cura del genitore/adulto):

Scuola.....

Classe.....Sezione.....