



COMUNE DI SILLANO GIUNCUGNANO

PROVINCIA DI LUCCA

VIA ROMA, 12 – SILLANO – 55039 SILLANO GIUNCUGNANO

☎ 0583/616056 – ☎ 0583/616245

VIA ROMA, 2 – MAGLIANO – 55039 SILLANO GIUNCUGNANO

☎ 0583/615066 – ☎ 0583/615162

E-MAIL: [DEMOGRAFICI@COMUNE.SILLANOGIUNCUGNANO.LU.IT](mailto:DEMOGRAFICI@COMUNE.SILLANOGIUNCUGNANO.LU.IT)

PEC: [COMUNE.SILLANOGIUNCUGNANO@POSTACEPT.TOSCANA.IT](mailto:COMUNE.SILLANOGIUNCUGNANO@POSTACEPT.TOSCANA.IT)



MODULO B

Certificato per diete speciali ai fini della ristorazione scolastica

Data .....

Si certifica che il/la bambino/a \_\_\_\_\_ M  F

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE (specificare: \_\_\_\_\_)
- INTOLLERANZA ALIMENTARE (specificare: \_\_\_\_\_)
- CELIACHIA
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO (specificare: \_\_\_\_\_)

Si chiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

---



---



---

OPPURE

Si chiede una **ALIMENTAZIONE TEMPORANEA A BASE DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

---



---



---

Tale richiesta deve intendersi valida per il seguente **periodo:** .....

Timbro e firma del Medico Curante o del Pediatra di Libera Scelta

.....

N.B. L'onere della certificazione è a carico dell'utente.