



Modulo di dichiarazione Allergie

Il sottoscritto..... In qualità di medico curante

DICHIARA

Che il sig./sig.ra.....

☐ Non è affetto da alcun tipo di allergia;

☐ E' affetto da allergia al

FARMACO.....
.....
.....

☐ È affetto da allergia/intolleranza alimentare

.....
.....

pertanto chiede che possa usufruire di un servizio dietetico speciale adatto a tale
patologia.

Data.....

Timbro e firma del Medico