

_____, li' _____

CERTIFICATO

Il/La Sig/Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

con codice fiscale _____

dai dati clinico-anamnestici necessita della seguente dieta personalizzata:

Si rilascia su richiesta dell'interessato per richiesta alla mensa di dieta personalizzata.

Dr. _____