

CERTIFICAZIONE MEDICA

Io, il sottoscritto Dr., dottore in medicina,
certifico che l'esame medico de (nome e cognome).

Data di nascita: Età:

Dimostra la necessità di prendere gli alimenti speciali seguenti per usi medici (Comisión
Directiva 1999/21/EC):

.....
.....
.....

Dichiaro che il paziente è sotto questo trattamento medico perchè soffre d'una
patologie rara metaboliche e precisa dell'uso giornaliero di questi prodotti. É
fondamentale viaggiare con l'esatta quantità per coprire la sua permanenza en
..... (paese di destinazione).

Data

Timbro e Firma del Medico Curante