

**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 .....