

CERTIFICAZIONE MEDICA

Io, il sottoscritto Dr. _____, dottore in medicina,
certifico che l'esame medico di _____ (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 di una patologia rara metabolica e necessita dell'uso giornaliero di questi prodotti. É fondamentale viaggiare con l'esatta quantità per coprire la sua permanenza in _____ (paese di destinazione).

Data _____

Timbro e Firma del Medico Curante _____