



INFORME DE ALIMENTACIÓN ESPECÍFICA

SERVICIO DE SANIDAD DE: _____

El /la _____ D/Dña. _____,
con DNI _____, según informe del médico especialista en Alergología/Medicina
Digestiva aportado, precisa que su alimentación esté libre de:

☐

GLUTEN

☐

ALERGENOS: (Indique los alergenosen) _____

_____, a _____ de _____ de 20__

El Oficial de Sanidad

(Sello)

Fdo.:

Ejemplar para el interesado



INFORME DE ALIMENTACIÓN ESPECÍFICA

SERVICIO DE SANIDAD DE: _____

El /la _____ D/Dña. _____,
con DNI _____, según informe del médico especialista en Alergología/Medicina
Digestiva aportado, precisa que su alimentación esté libre de:

☐

GLUTEN

☐

ALERGENOS: (Indique los alergenosen) _____

_____, a _____ de _____ de 20__

El Oficial de Sanidad

(Sello)

Fdo.:

Ejemplar para la Sección de Sanidad