



# CITTA' DI RAPALLO

Provincia di Genova  
Ripartizione V Servizi Sociali

**Ambito Territoriale Sociale n. 53**  
(Rapallo – Zoagli)

## SERVIZIO PASTI A DOMICILIO

Il sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_ certifico che il signor/a  
\_\_\_\_\_ residente a Rapallo, via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ **presenta/ non presenta** intolleranze alimentari.

In caso affermativo, quali?

---

---

---

Certifica inoltre che il paziente **segue/ non segue** particolari diete. In caso affermativo quali?

---

---

---

Certifico inoltre che la persona suindicata risulta essere esente da malattie infettive.

Rapallo, \_\_\_\_\_

Firma

---