Regione Lombardia

ASL Azienda sanitaria locale della provincia di Como

Timbro del medico

Il sottoscritto DR.----------

Sentiti i genitori del bambino----------nato il----------che propongono
□ l'esclusione □ la reiterazione dell'esclusione
dal menù scolastico di alcuni alimenti per ragioni sanitarie,

considerata la visita, l'anamnesi, la situazione clinica nonché :

□ Test allergologici pregressi validati ◊ cutireazione
□ La recente (tre mesi) positività a Test allergologici validati ◊ PRIST e RAST
□ Recenti esami ematochimici e/o istologici
□ L'Autorizzazione ASL del precedente anno scolastico (solo in caso di reiterazione)
□ Altro (specificare) _____

Escludendo un caso di disgusto o motivi etico-religiosi per i quali l'ASL ha predisposto una diversa procedura;

essendo in presenza di:

- Morbo celiaco
- Diabete
- Favismo
- Fenilchetonuria
- Altre malattie metaboliche rare (specificare_____)
- Altro (specificare_____)

Ritiene necessario:

L'ESCLUSIONE/ REITERAZIONE (dato il persistere della patologia) DALLA DIETA SCOLASTICA, PER L'INTERO ANNO SCOLASTICO IN CORSO, DEI SEGUENTI ALIMENTI PER POSITIVITA' AI TEST OVVERO PER ALTRA MOTIVAZIONE SANITARIA

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

IL PRESENTE CERTIFICATO VIENE REDATTO PER LE FINALITA' PREVISTE DAL VIGENTE PROTOCOLLO ASL PER LE DIETE SPECIALI E CONSEGNATO AI GENITORI PER L'INOLTRO ALL'ENTE RESPONSABILE.

IN FEDE----------DATA E LUOGO _____