

MODULO B - ATS Insubria

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 ◊ PRIST e RAST

□ La recente (tre mesi) positività a Test allergologici validati

□ Recenti esami ematochimici e/o istologici

□ Autorizzazione ATS del precedente anno scolastico

□ Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escludendo un caso di disgusto o motivi etico-religiosi per i quali l’ATS ha predisposto una diversa procedura

**Ritiene necessario:**

L’ESCLUSIONE/ (REITERAZIONE dell’esclusione dato il persistere della patologia) dalla DIETA SCOLASTICA, per POSITIVITA’ ai TEST ovvero per altra motivazione sanitaria (specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 per la durata del corrente ANNO SCOLASTICO, dei seguenti ALIMENTI:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oppure 2**

DIETA DI ESCLUSIONE dei seguenti ALIMENTI:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VALIDA PER L’ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OVVERO PER MESI \_\_\_\_\_\_\_

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

IN FEDE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA E LUOGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Timbro e firma del medico***