

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 :

-
- Recenti esami ematochimici e/o istologici
-
-
- L'Autorizzazione ASL del precedente anno scolastico (solo in caso di reiterazione)
-
-
- Altro (specificare) _____

essendo in presenza di:

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

Ritiene necessario:
 L'ESCLUSIONE/ (REITERAZIONE dell'esclusione dato il persistere della patologia)
 dalla DIETA SCOLASTICA,
 per la durata del corrente ANNO SCOLASTICO, dei seguenti ALIMENTI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

 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 _____