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;

Ritiene necessario:

1

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 ASL PER LE DIETE SPECIALI E CONSEGNATO AI GENITORI PER L'INOLTRO ALL'ENTE RESPONSABILE.

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

MOD B ASL/2008