Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ATS Insubria

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