



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**

\_\_\_\_\_