



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 ATS 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 _____)
- Altre malattie (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 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

MOD C ATS INSUBRIA