



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**

---