

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 _____) dei seguenti ALIMENTI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Oppure 2

DIETA DI ESCLUSIONE dei seguenti ALIMENTI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

ad integrazione di quanto sopra certificato

DICHIARA CHE

l'alimento o allergene riportato nella richiesta di dieta sanitaria di cui sopra, presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO

l'alimento o allergene riportato nella richiesta di dieta sanitaria di cui sopra, presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON PUÒ ESSERE TOLLERATO

Attenzione: IN CASO DI NON AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI PRODOTTO CONTENENTE TRACCE O IN CASO DI NON COMPILAZIONE, l'alternativa è che la ditta incaricata alla refezione scolastica (CIRFOOD) somministrerà un prodotto **privo di tutti gli allergeni di cui sopra**.

La durata della dieta speciale richiesta per l'A.S. 2021-2022 dovrà essere considerata per

intero ciclo scolastico intero anno scolastico n. _____ mesi

PANE ARTIGIANALE:

Per la fornitura del pane artigianale si informa che gli ingredienti del PANE sono: farina di frumento, lievito ed eventualmente sale e olio extravergine di oliva e che i fornitori artigianali dai quali CIRFOOD (gestore del servizio di refezione scolastica) si approvvigiona, dichiarano che lo stesso contiene GLUTINE e potrebbe contenere in tracce i seguenti allergeni: **CROSTACEI, UOVA, PESCE, ARACHIDI, SOIA, LATTE INCLUSO LATTOSIO, FRUTTA A GUSCIO, SEDANO, SENAPE, SEMI DI SESAMO, ANIDRIDE SOLFOROSA E SOLFITI, LUPINI, MOLLUSCHI** in quanto nello stesso laboratorio ed eventualmente sulla stessa linea di lavorazione sono effettuate anche altre produzioni contenenti gli stessi (ai sensi del Reg. UE 1169/2011, D.Lgs. 109/92, 88/2009 e s.m.i).

Consapevole di quanto sopra esplicitato il sottoscritto certifica che:

l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO

l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON PUÒ ESSERE TOLLERATO

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.

DATA E LUOGO _____

In fede:

Timbro e firma del medico curante/specialista