

Allegato A) – Parte 2.

MODULO da consegnare al COMUNE DI SAVONA – Servizio Pubblica Istruzione
DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE (preferibilmente *PEDIATRA DI LIBERA SCELTA* e/o *MEDICO DI MEDICINA GENERALE*) in tutte le sue parti.

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M F

Nato/a il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniettabile SI NO

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche

- Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)*
- Esami in vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)*
- Biopsia intestinale*
- Breath Test*
- Test di provocazione orale*
- INTOLLERANZA ALIMENTARE
- CELIACHIA
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO
- ALTRA PATOLOGIA

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti tests diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

Durata della dieta speciale

Intero ciclo scolastico

Intero anno scolastico

n. mesi

Timbro e Firma del Medico Curante