

**MODULO DI RICHIESTA DIETA DIFFERENZIATA  
REFEZIONE SCOLASTICA DEL COMUNE DI NAPOLI**

*(da compilare IN STAMPATELLO a cura del genitore )*

Il/La sottoscritto/a COGNOME ..... NOME .....

Genitore dell'ALUNNO:

COGNOME ..... NOME .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

RESIDENTE IN ..... ALLA VIA .....

CAP ..... RECAPITO TELEFONICO .....

E.MAIL .....

Frequentante per l'a.s. 2018/2019 la SCUOLA .....

CLASSE ..... SEZIONE .....

**CHIEDE**

Per il predetto minore l'applicazione di regime dietetico differenziato per motivi sanitari.

Allega certificazione medica in originale.

Il richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 che i dati riportati nel presente modello e/o nella documentazione allegata saranno trattati esclusivamente ai fini dell'elaborazione ed erogazione della dieta differenziata per cui viene fatta richiesta.

DATA

FIRMA

.....

.....

**CERTIFICAZIONE**  
**PER RICHIESTA DIETA DIFFERENZIATA STANDARDIZZATA**  
**REFEZIONE SCOLASTICA DEL COMUNE DI NAPOLI**

*(da compilare IN STAMPATELLO a cura di un Sanitario e da presentare alla scuola frequentata dall'alunno)*

PER L'ALUNNO:

COGNOME ..... NOME .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

può essere adottato il regime dietetico, già predisposto dal Comune di Napoli e disponibile anche sul sito Internet dell'Ente, di cui il sottoscritto dichiara di aver preso visione:

*(contrassegnare con una x il regime dietetico prescelto)*

- INTOLLERANZA AL GLUTINE
- INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DELL'UOVO
- INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO
- INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO E DELL'UOVO
- INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO E DEL GLUTINE
- INTOLLERANZA AL PESCE
- INTOLLERANZA AI LEGUMI
- MENU PER DISLIPIDEMIA
- MENU IPOSONDICO
- MENU SEMILQUIDO
- MENU PRIVO DI CARNE SUINA
- MENU VEGETARIANO

Data

Timbro e firma del Sanitario

**CERTIFICAZIONE**  
**PER RICHIESTA CONFERMA DIETA PERSONALIZZATA**  
**REFEZIONE SCOLASTICA DEL COMUNE DI NAPOLI**

*(da compilare IN STAMPATELLO a cura di un Sanitario e da presentare alla scuola frequentata dall'alunno)*

PER L'ALUNNO:

COGNOME ..... NOME .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

può essere confermato il regime dietetico personalizzato, già predisposto dal SIAN per conto del Comune di Napoli per l'a.s. 2017/2018, di cui il sottoscritto dichiara di aver preso visione.

Data

Timbro e firma del Sanitario