

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Igiene Degli Alimenti e Nutrizione
Direttore: Dott. Luigi Castellone
Via Corrado Alvaro 8 80078 Pozzuoli (NA)
Tel 081/18840682 - 081/18840680
e-mail: sian@pec.aslnapoli2nord.it
andrea.tondini@aslnapoli2nord.it

MODELLO B (richiesta di dieta differenziata)

Comune di _____

Al Dirigente Scolastico del

Anno scolastico ____/____

Il/la sottoscritt _____ padre/madre
dell'alunn _____ frequentante la Classe _____ Sez _____
della Scuola _____
(recapito telefonico di un genitore _____)

C H I E D E

che al/alla figlio/a venga somministrata dieta differenziata per:

- ☐ Allergia o intolleranza a _____
- ☐ Celiachia
- ☐ Obesità
- ☐ Diabete
- ☐ Favismo
- ☐ Fenilchetonuria
- ☐ Altro: (specificare _____)

Al riguardo allega la certificazione medica che riporta anche la durata della dieta.

- ☐ Dieta per motivi etico-religiosi con l'esclusione dei seguenti alimenti:
(specificare _____)

Tale richiesta rimane valida per l'intero ciclo scolastico e non c'è bisogno di presentare certificazione medica.

I dati personali saranno trattati in conformità al D. Lgs. 196/2003 (art.13)

Data _____

Firma _____

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Igiene Degli Alimenti e Nutrizione
Direttore: Dott. Luigi Castellone
Via Corrado Alvaro 8 80078 Pozzuoli (NA)
Tel 081/18840682 - 081/18840680
e-mail: sian@pec.aslnapoli2nord.it
andrea.tondini@aslnapoli2nord.it

MODELLO A 1 SCUOLA

RICHIESTA TABELLE DIETETICHE DIFFERENZIATE

Al
Servizio Igiene degli Alimenti
e della Nutrizione
ASL NA 2 NORD
Via Corrado Alvaro n 8 80078 POZZUOLI
Tel.081/18840682-18840680
e-mail: sian@pec.it
andrea.tondini@aslnapoli2nord.it

Il/la sottoscritto/a,

Dirigente Scolastico

della Scuola _____

Via _____ Tel. _____ email _____

CHIEDE

- ☐ predisposizione dieta differenziata per l'alunno _____
recapito telefonico di un genitore _____

Alla presente si allegano:

- certificazione medica specialistica attestante la patologia per cui viene richiesta dieta differenziata

Data _____

Firma _____