

Referente Settore Nutrizione: Dott.ssa Amanda Valdés Tel. 081/18840709

e-mail: sian.settorenutrizione@aslnapoli2nord.it

Referente Ristorazione Scolastica (Comuni ex ASL Napoli 2): Dott. Luca Tondini
Tel. 081/18840680 mail: luca.tondini@aslnapoli2nord.it

Referente Ristorazione Scolastica (Comuni ex Asl Napoli 3) Dott. Biagio di Micco
Tel. 081/18840167 e-mail: biagio.dimicco@aslnapoli2nord.it

Dal 01 gennaio 2026 Dott. Marco Severino

e-mail: marco.severino@aslnapoli2nord.it

MODELLO B/ GENITORI (richiesta di dieta differenziata)

Al Sindaco del Comune di _____

oppure

Al Dirigente Scolastico del _____

Il/la sottoscritto/a _____ Padre / Madre del/la bambino/a
_____ frequentante la Classe: _____ Sezione: _____

Grado: ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria I grado ☐ Secondaria II grado

dell'Istituto/Scuola: _____ Plesso: _____

Comune: _____ Recapiti telefonici dei genitori:

Madre: _____ Padre: _____ Anno scolastico ____/____

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
- ☐ Motivi etico-religiosi con esclusione dei seguenti alimenti: _____
- ☐ Selettività alimentare dovuta a: _____
- ☐ altro (specificare) _____

☐ **Allega la certificazione medica, dichiarando la validità per l'intero ciclo scolastico.**

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs. 101/2018 e successive modifiche.

Data _____ Firma dei genitori _____/_____