



COMUNE DI SANT'ANASTASIA
(Città Metropolitana di Napoli)

MODULO RICHIESTA DIETA DIFFERENZIATA PER MOTIVI SANITARI

Comune di Sant'Anastasia
Servizio di Refezione Scolastica
protocollo@pec.comunesantanastasia.it

Anno scolastico 2026/2027

Il/la sottoscritt.....padre/madre
dell'alunn.....

Luogo e data di nascita,
residente in alla via CAP.....,
frequentante la Classe Sez.....

della Scuola

mail del genitore.....

(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 in originale che riporta anche la durata della dieta.

(Al presente modulo di richiesta di dieta differenziata va allegata la certificazione medica rilasciata dal pediatra o da un medico competente o da un centro specialistico ospedaliero con documentazione clinica a corredo (analisi, test diagnostici ecc). Tale certificazione per essere presa in considerazione, deve indicare in modo preciso: la diagnosi (allergia, intolleranza, obesità, diabete, celiachia, etc.), il/i componenti della dieta da escludere e la durata della dieta.

I dati personali saranno trattati in conformità al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e alla normativa nazionale vigente (D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche).

Data_____

Firma

Allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità