

Mod.6

**MODULO DI RICHIESTA DIETA SPECIALE PERSONALIZZATA
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. 2025/2026 il seguente Istituto

☐ SCUOLA Infanzia - Primaria – Secondaria 1°grado:
(Inserire la denominazione della Scuola)

☐ ASILO NIDO:
(Inserire la denominazione dell'Asilo Nido)

CLASSE SEZIONE

MUNICIPALITA'

CHIEDE

Per il predetto minore l'applicazione di regime dietetico personalizzato per motivi sanitari per l'a.s. 2025/2026.

Allega certificazione medica con diagnosi, ed eventuali prescrizioni, in corso di validità.

Il richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 nonché del Regolamento 679/2016/UE 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.

L'informativa è disponibile sul sito del Comune di Napoli link:

<https://www.comune.napoli.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/33920>

DATA

FIRMA

.....

.....