

**CERTIFICAZIONE**  
**PER RICHIESTA DIETA DIFFERENZIATA STANDARDIZZATA**  
**REFEZIONE SCOLASTICA DEL COMUNE DI NAPOLI**  
per alunni scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado

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

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ in qualità di pediatra dell'ALUNNO:

COGNOME .....

NOME .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

**certifica**

che può essere adottato per l'a.s. 2025/2026 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)*

- MENU A RIDOTTO CONTENUTO DI NICHEL
- MENU PER FAVISMO PRIVO DI FAVE E PISELLI
- MENU PER FAVISMO PRIVO DI LEGUMI
- MENU PRIVO DI FRUTTA A GUSCIO, ARACHIDI E PRODOTTI A BASE DI ARACHIDI
- INTOLLERANZA AL GLUTINE E PROTEINE DEL LATTE VACCINO
- INTOLLERANZA AL GLUTINE
- INTOLLERANZA AL LATTOSIO
- INTOLLERANZA AI LEGUMI
- INTOLLERANZA AL PESCE
- INTOLLERANZA AL PROTEINE DEL LATTE VACCINO
- INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DELL'UOVO E PROTEINE DEL LATTE VACCINO
- INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DELL'UOVO, POLLO E TACCHINO
- INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DELL'UOVO

Data

Timbro e firma del Sanitario