

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