

**CERTIFICAZIONE**  
**PER RICHIESTA DIETA DIFFERENZIATA STANDARDIZZATA**  
**REFEZIONE SCOLASTICA DEL COMUNE DI NAPOLI**  
per i bambini frequentanti gli Asili Nido

*(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)*

- ☐ INTOLLERANZA AL GLUTINE 6-8 mesi
- ☐ INTOLLERANZA AL GLUTINE 9-12 mesi
- ☐ INTOLLERANZA AL GLUTINE 13-24 e 25-36 mesi
- ☐ INTOLLERANZA AL GLUTINE E ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO 9-12 mesi
- ☐ INTOLLERANZA AL GLUTINE E ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO 13-24 e 25-36 mesi
- ☐ INTOLLERANZA AL LATTOSIO 9-12 mesi
- ☐ INTOLLERANZA AL LATTOSIO 13-24 e 25-36 mesi
- ☐ INTOLLERANZA AI LEGUMI 6-8 mesi
- ☐ INTOLLERANZA AI LEGUMI 9-12 mesi
- ☐ INTOLLERANZA AI LEGUMI 13-24 e 25-36 mesi
- ☐ INTOLLERANZA AL PESCE 13-24 e 25-36 mesi
- ☐ INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO 9-12 mesi
- ☐ INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO 13-24 e 25-36 mesi
- ☐ INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO E DELL'UOVO 13-24 e 25-36 mesi
- ☐ INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DELL'UOVO 13-24 e 25-36 mesi
- ☐ INTOLLERANZA ALLE PROTEINE DELL'UOVO, POLLO E TACCHINO 13-24 e 25-36 mesi

Data

Timbro e firma del Sanitario