



# COMUNE DI MONTE DI PROCIDA

CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

## MODELLO B

**MODELLO B (richiesta di dieta differenziata)**

**Al Sindaco del Comune di Monte di Procida**

Anno scolastico 2024/2025

Il/la sottoscritt.....padre/madre

dell'alunn.....frequentante la Classe

..... Sez..... dell' I.C. M.D.P. Capoluogo – Vespucci

(recapito telefonico di un genitore.....)

### **CHIEDE**

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 che riporta anche la durata della dieta.**

Dieta per motivi etico-religiosi con l'esclusione dei seguenti alimenti: (*specificare*..... )

*Tale richiesta rimane valida per l'intero ciclo scolastico e non c'è bisogno di presentare certificazione medica.*

**I dati personali saranno trattati in conformità al D. Lgs. 196/2003 (art.13) e successive modifiche**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_