



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 _____