RICHIESTA DIETA DIFFERENZIATA STANDARDIZZATA
REFEZIONE SCOLASTICA DEL COMUNE DI NAPOLI
per i Docenti e il personale ATA

(da compilare IN STAMPATELLO a cura di un Sanitario e da presentare presso la scuola)

Il sottoscritto dott. _____ in qualità Medico di Medicina Generale

del Sig./ra:

COGNOME ……..……

NOME …….

LUOGO E DATA DI NASCITA ……..….

certifica

che può essere adottato per l'a.s. 2026/2027 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