

# MODULO DI RICHIESTA DIETA DIFFERENZIATA REFEZIONE SCOLASTICA DEL COMUNE DI NAPOLI

(da compilare **IN STAMPATELLO** a cura del *genitore*)

Il/La sottoscritto/a COGNOME ..... NOME .....

Genitore dell'ALUNNO:

COGNOME ..... NOME .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

RESIDENTE IN ..... ALLA VIA .....

CAP..... RECAPITO TELEFONICO .....

E.MAIL .....

Frequentante per l'a.s. **2023/2024** la SCUOLA .....

CLASSE ..... SEZIONE .....

CHIEDE

Per il predetto minore l'applicazione di regime dietetico differenziato per motivi sanitari per l'a.s. **2023/2024** .

Allega certificazione medica in originale.

**Il richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 che i dati riportati nel presente modello e/o nella documentazione allegata saranno trattati esclusivamente ai fini dell'elaborazione ed erogazione della dieta differenziata per cui viene fatta richiesta.**

DATA

.....

FIRMA

.....