

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Direttore: Dott. Luigi Castellone

Referente Settore Nutrizione: Dott.ssa Amanda Valdés Tel. 081/18840709

e-mail: sian.settorenutrizione@aslnapoli2nord.it

Referente Ristorazione Scolastica (Comuni ex ASL Napoli 2): Dott. Luca
Tondini Tel. 081/18840680 mail: luca.tondini@aslnapoli2nord.it
Referente Ristorazione Scolastica (Comuni ex Asl Napoli 3) Dott. Biagio di Micco
Tel. 081/18840167 e-mail: biagio.dimicco@aslnapoli2nord.it
Dal 01 gennaio 2026 Dott. Marco
Severino e-mail:

MODELLO B/ GENITO	ORI (richiesta di dieta di	ifferenziata) Al Sindaco del Comune di
		oppure Al Dirigente Scolastico del
II/la sottoscritto/a		Padre / Madre del/la bambino/a quentante la Classe: Sezione:
Grado: 🗆 Infanzia 🗆	□ Primaria □ Secondaria	a I grado 🗆 Secondaria II grado
dell'Istituto/Scuola	:	Plesso:
Comune:	Recapiti te	elefonici dei genitori:
Madre:	Padre:	Anno scolastico/
	С	HIEDE
che al/alla figlio/	'a venga somministrata d	dieta differenziata per:
□ Celiachia □ Obesità □ Diabete □ Favismo □ Fenilchetor	nuria o-religiosi con esclusion	e dei seguenti alimenti:
□ Selettività a □ altro (spec	llimentare dovuta a:	
Allega la cert	ificazione medica, dich	niarando la validità per l'intero ciclo scolastico.
I dati personali sarai	nno trattati in conformità	al D.Lgs. 101/2018 e successive modifiche.
Data	Firma dei genit	ori /