



CITTA' DI PORTICI
Città Metropolitana di Napoli
SETTORE WELFARE – SICUREZZA – LEGALITA'
UFFICIO ISTRUZIONE

MODULO DIETA SPECIALE per motivi sanitari
(Autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

Al Dirigente Settore Welfare – Sicurezza – Legalità

l_ sottoscritt _____
(cognome e nome)

in qualità di genitore/esercente la responsabilità genitoriale tutore affidatario

del/la bambin_ _____
(cognome e nome)

cittadino italiano altro (indicare nazionalità) _____

residente a _____ (prov. _____)

Via/piazza _____ n. _____ tel. _____

e-mail _____

che frequenta la scuola _____ per l'a.s. 2025/2026

CHIEDE

La preparazione di un particolare regime alimentare a causa di patologie come da certificazione medica specialistica allegata da trasmettere all'**UOC SIAN – Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Napoli 3 SUD** competente per l'autorizzazione.

N.B.: Nel caso di allergie o intolleranze saranno accettate solo certificazioni supportate dal risultato di test diagnostici specificando i componenti della dieta da escludere.

Il sottoscritto, inoltre, ai sensi dell'informativa resa dalla scuola ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, dichiara di essere consapevole che la scuola presso la quale il bambino risulta iscritto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 e successive modificazioni, Regolamento (UE) 2016/679).

Data

Firma _____