



**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. 2026/2027

**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 \_\_\_\_\_