



Istituto Comprensivo "Elio Vittorini"
 Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado Statale
 Via Dusmet, 24 - 95030 San Pietro Clarenza (CT)
 Cod min : CTIC85300T Tel. 095/6277801 e Codice Fiscale 93067830872
 e-mail: ctic85300t@istruzione.it - pec: ctic85300t@pec.istruzione.it - sito web: www.icsvittorini.edu.it



AI SIGG GENITORI DEGLI ALUNNI
 AI DOCENTI
 AI DSGA
 AGLI ATTI

Oggetto: segnalazione allergie, intolleranze alimentari, malattie metaboliche

Al fine di consentire a questa Istituzione di gestire in sicurezza i pasti che gli alunni consumeranno durante le attività didattiche, anche al di fuori dell'edificio scolastico, i sigg. genitori sono pregati di compilare il modulo allegato alla presente comunicazione, segnalando eventuali allergie, intolleranze alimentari, malattie metaboliche (favismo, celiachia, diabete, glicogenosi, fenilchetonuria) attestate da certificazione medica, che si chiede di allegare, fornendo adeguata informazione sulle modalità di somministrazione dei pasti. Il modulo allegato andrà consegnato e conservato dai docenti delle classi/sezioni.

Il Dirigente Scolastico
 Dott.ssa Centamore Giuseppa
 (Firma autografa omessa ai sensi
 dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. n. 39/1993)

LA PARTE SOTTOSTANTE È DA RESTITUIRE, DEBITAMENTE COMPILATA, ALLE INSEGNANTI DI CLASSE O SEZIONE. SEGNALAZIONE ALLERGIE-INTOLLERANZE ALIMENTARI - MALATTIE METABOLICHE.

Il sottoscritto _____ nato a _____
 il / / in qualità di genitore/tutore, segnala quanto segue in riferimento
 all'alunno _____ nato a _____ il / / ,
 frequentante/iscritto alla classe _____ sez _____ plesso _____

- Allergia/intolleranza alimentare _____ di cui allega certificazione medica rilasciata da _____ ;
 malattia metabolica _____ di cui allega certificazione medica rilasciata da _____ ;
 Altro (specificare) _____ ;
 Alimenti da eliminare _____ ;
 Alimenti consentiti _____ ;
 Ulteriori informazioni utili _____ ;

Il sottoscritto dichiara di avere preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/2003 e ss. E di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati della suddetta informativa.

Data e luogo / / _____ Firma _____



Istituto Comprensivo "Elio Vittorini"
 Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado Statale
 Via Dusmet, 24 - 95030 San Pietro Clarenza (CT)
 Cod min : CTIC85300T Tel. 095/6277801 e Codice Fiscale 93067830872
 e-mail: ctic85300t@istruzione.it - pec: ctic85300t@pec.istruzione.it - sito web: www.icsvittorini.edu.it

AL SIGG GENITORI DEGLI ALUNNI
 AI DOCENTI
 AI DSGA
 AGLI ATTI

Oggetto: segnalazione allergie, intolleranze alimentari, malattie metaboliche

Al fine di consentire a questa Istituzione di gestire in sicurezza i pasti che gli alunni consumeranno durante le attività didattiche, anche al di fuori dell'edificio scolastico, i sigg. genitori sono pregati di compilare il modulo allegato alla presente comunicazione, segnalando eventuali allergie, intolleranze alimentari, malattie metaboliche (favismo, celiachia, diabete, glicogenosi, fenilchetonuria) attestate da certificazione medica, che si chiede di allegare, fornendo adeguata informazione sulle modalità di somministrazione dei pasti. Il modulo allegato andrà consegnato e conservato dai docenti delle classi/sezioni.

Il Dirigente Scolastico
 Dott.ssa Dott.ssa Centamore Giuseppa
 (Firma autografa omessa ai sensi
 dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. n. 39/1993)

LA PARTE SOTTOSTANTE È DA RESTITUIRE, DEBITAMENTE COMPILATA, ALLE INSEGNANTI DI CLASSE O SEZIONE. SEGNALAZIONE ALLERGIE-INTOLLERANZE ALIMENTARI - MALATTIE METABOLICHE.

Il sottoscritto _____ nato a _____
 il / / in qualità di genitore/tutore, segnala quanto segue in riferimento
 all'alunno _____ nato a _____ il / / ,
 frequentante/iscritto alla classe _____ sez _____ plesso _____

- Allergia/intolleranza alimentare _____ di cui allega certificazione medica rilasciata da _____ ;
 malattia metabolica _____ di cui allega certificazione medica rilasciata da _____ ;
 Altro (specificare) _____ ;
 Alimenti da eliminare _____ ;
 Alimenti consentiti _____ ;
 Ulteriori informazioni utili _____ ;

Il sottoscritto dichiara di avere preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/2003 e ss. E di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati della suddetta informativa.

Data e luogo / / _____ Firma _____