

# 2° Circolo Didattico "Don Peppe Diana"



Via dei Mille, 2 - 80011 Acerra (NA)  
Email: naee10200g@istruzione.it - naee10200g@pec.istruzione.it  
Telefono: 0818857146 - 0810083926  
Sito web: [www.secondocircoloacerra.edu.it](http://www.secondocircoloacerra.edu.it)  
C.F. 80103770634 Codice univoco di fatturazione: UF1Z1S



Acerra, 15/10/2021

Comunicazione n°36

AI GENITORI  
AI DOCENTI  
SCUOLA DELL'INFANZIA  
AL DSGA  
ATTI  
WEB

**OGGETTO: RICHIESTA PREDISPOSIZIONE DIETA SPECIALE PER MENSA SCOLASTICA**

In vista dell'avvio del servizio di refezione, si segnala la necessità di far pervenire alla Segreteria alunni di questa Scuola, l'eventuale richiesta di personalizzazione della dieta in relazione ad esigenze di salute e/o etico-religiose.

La richiesta deve essere corredata di certificate medico in caso di motivi di salute e di autodichiarazione dei genitori in caso di altre motivazioni ammissibili. Si raccomanda di utilizzare esclusivamente i moduli presenti al sito ed allegati alla presente a titolo esemplificativo.

Tanto per i dovuti adempimenti

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Prof.ssa Rosaria Coronella**  
FIRMATO DIGITALMENTE

➤ AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DEL II CD "DON PEPPE DIANA"

➤ AL COMUNE DI ACERRA  
SERVIZIO ISTRUZIONE E ASSISTENZA SCOLASTICA

**OGGETTO: RICHIESTA PREDISPOSIZIONE DIETA SPECIALE**

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ recapito telefonico. \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

frequentante per l'anno scolastico 2021//2022 la Scuola dell'INFANZIA II CD DIDATTICO di ACERRA

sezione \_\_\_\_\_

**1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:**

- INTOLLERANZA ALIMENTARE
- ALLERGIA ALIMENTARE
- MALATTIA METABOLICA (DIABETE, CELIACHIA, FENILCHETONURIA, ECC.) OBESITÀ - SOVRAPPESO
- GASTRITE, GASTRODUODENITE PERSISTENTE
- CHETOSI TRANSITORIA

ALTRO \_\_\_\_\_

**Allo scopo allega - in busta chiusa certificato medico recente**

n.b. Il certificato medico deve essere recentemente rilasciato dai Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli alimenti / ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di necessità di utilizzo di prodotti dietetici speciali è necessario farlo presente nel medesimo certificato.

**2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

II/La sottoscritto/a prende atto che, in riferimento al D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno oggetto di trattamento ai soli fini della elaborazione della dieta speciale. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini di predisporre la dieta speciale. Il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di predisporre la dieta. I dati saranno utilizzati per finalità di carattere istituzionale e non saranno oggetto di diffusione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_