

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
C.F. 80103770634 Codice univoco di fatturazione: UF1Z1S



Comunicazione n°21

**AI GENITORI
AI DOCENTI
SCUOLA DELL'INFANZIA
ATTI E SITO WEB**

OGGETTO: RICHIESTA PASTO SPECIALE PER MENSA A.S. 2022/2023

Si informano i genitori, che per poter usufruire delle diete speciali durante il servizio mensa scolastica è necessaria la richiesta dell'utente corredata, obbligatoriamente, dal certificato del medico curante che attesti l'allergia/l'intolleranza o la patologia diagnosticata insieme ai consigli nutrizionali prescritti. Solo dietro presentazione di tale documentazione sarà possibile usufruire del pasto alternativo per l'intero anno scolastico.

Per i regimi alimentari a carattere etico – religioso, invece, è sufficiente un'autocertificazione scritta del genitore o del tutore dell'alunno.

È inoltre obbligatorio che l'intera documentazione sia accompagnata dalla liberatoria per il trattamento dei dati personali, in modo da poter indicare chiaramente e inequivocabilmente la dieta dell'utente con il proprio nome e cognome.

La documentazione completa deve essere inviata alla segreteria scolastica tramite mail all' indirizzo naee10200g@istruzione.it entro il 30/09/2022.

Il modulo per la richiesta è a disposizione sul sito web della scuola e allegato alla presente.

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Dott.ssa Raffaella Fedele**

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/1993

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL II CIRCOLO DIDATTICO
"DON PEPPE DIANA"
DI ACERRA**

Il sottoscritto _____ (padre/madre)

esercitanti la patria potestà sul minore:

(Cognome e nome) _____

frequentante la:

Scuola Infanzia Sezione _____
Dichiarano che lo stesso _____

ha le seguenti allergie / intolleranze alimentari ai fini dell'utilizzazione della mensa scolastica, così come risulta dalla certificazione medica allegata.

ALLERGIE ALIMENTARI:

1. _____

2. _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI:

1. _____

2. _____

Si allega il relativo certificato medico.

REGIME ALIMENTARE DIFFERENZIATO PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI

Consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili Regolamento UE/679/ 2016

Il sottoscritto.....

nato a il

residente a Via..... n.....

autorizza, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003 e successive modifiche (regolamento UE/679/2016, l'istituzione scolastica al trattamento dei dati personali per la comunicazione della dieta differenziata agli organi competenti.

Acerra, ____ / ____ / ____

(

Firma genitore _____

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.