

## Istituto Comprensivo Contursi Terme

Via S. Marolda, 10 84024 Contursi Terme (SA) tel. **0828-991016**

pec [saic85000c@pec.istruzione.it](mailto:saic85000c@pec.istruzione.it) peo [saic85000c@istruzione.it](mailto:saic85000c@istruzione.it)

Cod. fisc. 91027470656

Codice meccanografico **SAIC85000C**

[www.iccontursiterme.edu.it](http://www.iccontursiterme.edu.it)

[a.s.2023/24](#)

ISTITUTO COMPR. CONTURSI T. Prot. 0003448 del 21/11/2023 IV (Uscita)
--

**Ai genitori degli alunni Scuola dell'Infanzia  
Ai docenti della Scuola dell'Infanzia  
Al personale ATA**

**IC Contursi**

**OGGETTO:** Comunicazione allergie e /o intolleranze degli alunni che usufruiscono del servizio mensa - a.s. 2023/2024.

In prossimità dell'avvio del servizio di mensa scolastica, si invitano le famiglie a comunicare con sollecitudine, entro giovedì 23 novembre p.v., alla segreteria dell'istituto oppure alle docenti di classe/sezione eventuali casi di allergie e /o intolleranze alimentari al fine di trasmettere, nel rispetto delle leggi in vigore sulla privacy, le richieste all'Ente comunale che eroga il servizio per la preparazione di pasti differenziati.

Alla richiesta dovrà essere allegata la certificazione medica che certifichi, chiaramente, la conclamata allergia e/o intolleranza.

Alla presente si allega MODELLO comunicazione allergie e/o intolleranze alimentari.

Cordiali saluti

Contursi Terme, 21 novembre 2023

**La Dirigente Scolastica**  
**Prof.ssa Annamaria Martulano**  
Firma autografa sostitutiva  
ai sensi dell'art.3 comma 2 Dlgo 39/93

**Oggetto:** Intolleranze e/o allergie alimentari

I sottoscritti \_\_\_\_\_

residenti a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono. \_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ il  
frequentante per l'anno scolastico 2023/24 la sezione .....di Scuola dell'Infanzia

**Comunicano che (BARRARE LA PARTE DEL MODULO CHE INTERESSA)**

il proprio figlio è affetto da:

- Intolleranza alimentare a .....
- Allergia alimentare a .....
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)

A tal fine si **allega CERTIFICATO MEDICO** in busta chiusa

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

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

IN MANCANZA DI FIRMA DI UNO DEI GENITORI, SOTTOSCRIVERE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE:

*“Io sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000 dichiaro di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 Ter e 337 Quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.*

Data.....

Firma

-----