



*Ministero dell'Istruzione*

**ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE  
"ALESSANDRO MANZONI"**

Via Montevergine, 22 - 83027-MUGNANO DEL CARDINALE (AV)  
SCUOLA DELL'INFANZIA-PRIMARIA E SECONDARIA DI I°GRADO  
Cod.Fisc. 80006890646-Cod.Scuola AVIC864005 - Ambito 01- Tel.081-5111380  
Email: [avic864005@istruzione.it](mailto:avic864005@istruzione.it) - Pec: [avic864005@pec.istruzione.it](mailto:avic864005@pec.istruzione.it)

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "A. MANZONI"-MUGNANO DEL CARDINALE  
Prot. 0004218 del 14/10/2022  
V-4 (Uscita)

**Ai genitori degli alunni**

**Ai docenti**

**Ai Responsabili di plesso**

**Al sito web**

**OGGETTO: Comunicazione allergie e /o intolleranze degli alunni che usufruiscono del servizio  
mensa -a.s. 2022/2023**

Si invitano le famiglie degli alunni che, nel corrente anno scolastico, usufruiscono del servizio mensa, a comunicare, con cortese sollecitudine, eventuali casi di allergie e/ o intolleranze alimentari, mediante la compilazione del modulo allegato alla presente, che dovrà essere consegnato, completo di certificazione medica, ai rispettivi responsabili di plesso.

La documentazione, eventualmente, raccolta, nel rispetto della normativa in vigore sulla privacy, sarà trasmessa ai Comuni eroganti il servizio mensa per consentire la preparazione di pasti differenziati.

IL Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Conte Luigia  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

**Oggetto: Intolleranze alimentari e diete speciali**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
residenti in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
genitori di \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
frequentante per l'anno scolastico 20\_\_/20\_\_ la classe.....

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

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

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

**\*ALLO SCOPO ALLEGA CERTIFICATO MEDICO IN BUSTA CHIUSA**

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

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

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

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

Si Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003  
(Nota importante: il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica)

**NO**

**SI**

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

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