



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE
DISTRETTO N. 16 - Macerata Campania (CE) Via Roma, 11
C.F. 94017830616- Mail: ceic88300b@istruzione.it – ceic88300b@pec.istruzione.it
sito www.icmaceratacampania.edu.it Tel 0823/692435

Ai docenti
Ai genitori degli alunni
Alla DSGA
Agli Atti Al
sito web

OGGETTO: Comunicazione allergie e /o intolleranze alimentari degli alunni - a.s. 2024/2025

Si invitano i signori genitori e/o tutori legali a comunicare eventuali casi di allergie e /o intolleranze alimentari, nonché, celiachia, favismo, fenilchetonuria, etc, attestate da relativa certificazione medica, degli alunni frequentanti i tre ordini di scuola.

I genitori degli alunni sono invitati ad inoltrare tramite mail ed in formato pdf al seguente indirizzo: ceic88300b@istruzione.it, avendo per oggetto “**Comunicazione intolleranze-allergie**”, la seguente modulistica:

- Modulo “ Comunicazione intolleranze-allergie”(scaricabile sul sito della scuola in “Modulistica Famiglie”
- Certificato rilasciato dal MMG e/o dagli specialisti che seguono l'alunno/a.

Confidando nella consueta collaborazione, l'occasione è gradita per porgere i più cordiali saluti.

F.F.S.S.Area 3

Macerata Campania li 30-09-2024

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. ssa Carmela Mascolo

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. L.vo 39/1993

Al Dirigente scolastico
Dell'I.C. "Macerata Campania"
Via Roma 11
Macerata Campania

Oggetto: Comunicazione intolleranze /allergie

Il / La sottoscritto/a _____
residente in via _____ n. _____
città _____ recapito telefonico _____
genitore / tutore legale dell'alunno _____ nato/a a _____
il _____
frequentante per l'anno scolastico 20...../20 l'Istituto Comprensivo "Macerata Campania"
 scuola infanzia scuola primaria scuola sec. I grado sezione/classe _____
Plesso _____

Dichiara

che il proprio figlio presenta:

- Intolleranza alimentare a.....
- Allergia alimentare a.....
- Altro.....

Allo scopo allega certificato medico recente

Dichiarata che la documentazione è agli atti dell'Istituto

Il certificato medico deve essere recentemente rilasciato dai MMG, 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.

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a prende atto che, in riferimento al R.E. 679/2016 (Privacy), i dati personali e/o sensibili forniti nel presente modulo e/o i documenti allegati saranno oggetto di trattamento ai soli fini dell'organizzazione del servizio di refezione scolastica

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini di predisporre la corretta erogazione del servizio per gli alunni allergici o intolleranti. I dati saranno utilizzati per finalità di carattere istituzionale e non saranno oggetto di diffusione.

Data _____

Firma _____