



Repubblica italiana – Regione Siciliana
DIREZIONE DIDATTICA STATALE

Via G. Abbate, 16 – 94018 Troina (EN) - Tel. 0935/653671 - Fax.0935/657657

Sito web - <http://www.direzionedidatticatroina.gov.it> e-mail- enee091002@istruzione.it – enee091002@pec.istruzione.it

C.F. 81001750868 C. M. ENEE091002 Codice uff.: UF4LDG

Comunicazione nr 18 del 27/09/2023

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 negli uffici di segreteria siti in via Gino Abbate nr 16-Troina (En), completo di certificazione medica..

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
Prof.ssa Maria Angela Santangelo

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.Lgs. n. 39/93

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Angela SANTANGELO



Repubblica Italiana – Regione Siciliana
DIREZIONE DIDATTICA STATALE

Via G. Abbate, 16 – 94018 Troina (EN) - Tel. 0935/653671 - Fax. 0935/657657

Sito web - <http://www.direzionedidatticatroya.gov.it> e-mail- enee091002@istruzione.it – enee091002@pec.istruzione.it

C.F. 81001750868

C. M. ENEE091002 Codice uff.: UF4LDG

Al Dirigente Scolastico
Della Direzione Didattica di Troina

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 2023 /2024 la classe/sezione plesso _____

(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