COMUNE di MAIERA'

UFFICIO FINANZIARO

Via ortaglie, n. 1, 87020 – Maierà (CS) - tel. 0985.889102, fax 0985.889155
e-mail: finanziariomaiera@libero.it pec: finanziario.maiera@asmepec.it

Ai genitori
dei bambini della
Scuola dell'infanzia
Maierà (CS)

OGGETTO: Comunicato alle famiglie per la fruizione del servizio mensa

In seguito alla comunicazione a.s.p. del 12.07.2022, con la quale si richiede la vidimazione dei menu' da destinare alla ristorazione scolastica per l'anno 2022/2023,

con la presente **si invitano i genitori dei bambini** che necessitano di una dieta speciale per motivi di salute o per motivi etico/religiosi **di darne comunicazione** all'ufficio competente del comune compilando e consegnando l'apposito modello allegato alla presente:

- **MOD. A (PER MOTIVI DI SALUTE)** CORREDATO DA UN CERTIFICATO MEDICO RILASCIATO DA UN CENTRO SPECIALISTICO O DAL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA;

- **MOD. B (PER MOTIVI ETICO/RELIGIOSI)**.

Cordiali saluti.

Maierà, 01/08/2022

COMUNE di MAIERA' Provincia di Cosenza

IL RESPONSABILE FINANZIARIO
Dott. Vincenzo Di leone

MODULO A: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____

Via _____ tel./cell. _____

in qualità di:

☐ Genitore dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____ frequentante la classe ____ sez. ___ della Scuola

☐ Nido d'Infanzia ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I° grado ☐ Secondaria di II° grado

denominata_____

sita nel Comune di_____

☐ Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

☐ Nido d'Infanzia ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I° grado ☐ Secondaria di II° grado

denominata_____

sita nel Comune di_____

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'a.s._____

CHIEDE

La somministrazione di dieta speciale per:

- ALLERGIA ALIMENTARE
  (si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione). ☐
- INTOLLERANZA ALIMENTARE
  (si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione). ☐
- CELIACHIA
  (si allega certificato medico con diagnosi). ☐
- DIETA SPECIALE PER ALTRE CONDIZIONI PERMANENTI QUALI MALATTIE METABOLICHE/ DEFICIT ENZIMATICI
  (si allega certificato medico con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione). ☐

I dati personali saranno trattati in conformità al Regolamento UE 679/2016.

Data _____

FIRMA

MODULO B: RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI ETICO/RELIGIOSI

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____

Via _____ tel./cell. _____

in qualità di:

☐ Genitore dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____ frequentante la classe _____ sez. ___ della Scuola

☐ Nido d'Infanzia ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I° grado ☐ Secondaria di II° grado

denominata _____

sita nel Comune di _____.

☐ Operatore scolastico/ docente presso la Scuola

☐ Nido d'Infanzia ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I° grado ☐ Secondaria di II° grado

denominata _____

sita nel Comune di _____.

Ai fini della fruizione del servizio mensa per l'a.s._____

CHIEDE

La somministrazione di dieta speciale per motivi etico/religiosi:

☐ Dieta priva di carne di maiale

☐ Dieta priva di ogni tipo di carne

☐ Dieta vegetariana (priva di carne e pesce)

I dati personali saranno trattati in conformità al Regolamento UE 679/2016.

Data _____ FIRMA