



ISTITUTO COMPENSIVO n. 5 "P. A. MATTIOLI"
Via N. Sauro, 1 - 53100 Siena / ☎ 0577-48080 / 📠 0577-045544 Cod. Fisc. 92061500523
✉ siic82500d@istruzione.it ✉ siic82500d@pec.istruzione.it
www.icmattioli.it

CIRCOLARE

AI GENITORI:

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola Primaria

ALL'ALBO

OGGETTO: Rinnovo certificato medico dieta speciale e delega.

Con la presente si ricorda che ogni anno scolastico è **necessario presentare il certificato medico aggiornato, accompagnato dal Modulo Richiesta Dieta Speciale**, per comunicare eventuali allergie/intolleranze/problemi **entro il 1° settembre c.a.**, come indicato nell'informativa dell'ASP.

Se il bambino è affetto da condizioni permanenti il primo certificato sarà valido per tutto il percorso didattico del bambino (ogni anno scolastico il genitore dovrà presentare solamente l'apposito modulo compilato ed allegare la copia del primo certificato presentato).

Se il certificato non sarà rinnovato la dieta speciale sarà automaticamente annullata e **non potrà essere garantito il pasto alternativo**.

Si comunica, inoltre, che tutte le deleghe presentate negli anni scolastici scorsi per il ritiro degli alunni, da parte di soggetti terzi che non siano i genitori, si riterranno valide anche per gli anni successivi del corso di studi, salvo formale revoca da parte degli interessati.

Tale delega può essere conferita solo a soggetti maggiorenni e deve essere doverosamente completa delle firme del delegante e del delegato. Si invitano gli interessati alla compilazione dei modelli in questione, disponibili sul sito dell'Istituto (www.icmattioli.it), inviandoli via e-mail (siic82500d@istruzione.it) ovvero per fax (0577 045544).



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Federico Frati



Richiesta Dieta Speciale/Differenziata
per il Servizio di Ristorazione Scolastica

ALLA CUCINA CENTRALIZZATA

ASP Città di Siena
Viale Toselli n°8
Siena

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
genitore dell' ALUNNO: _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n. _____
Telefono: _____ Cellulare: _____

che frequenta la SCUOLA (specificare il nome della scuola): _____

<input type="checkbox"/> Elementare	<input type="checkbox"/> Materna	<input type="checkbox"/> Nido d'Infanzia
-------------------------------------	----------------------------------	--

Classe _____ Sezione _____ per l'Anno Scolastico _____ / _____

CHIEDE

la somministrazione di un particolare regime alimentare per motivi:

- Sanitari
 Etico/Religiosi (specificare gli alimenti da non somministrare) _____

Si allega al presente modulo (barrare la casella corrispondente):

- "Certificato Medico" nel caso di allergie/intolleranze/ altre patologie
 "Autocertificazione" del genitore, nel caso la dieta sia richiesta per motivi di ordine Etico/Religioso.

Il/la bambino/a è presente a mensa (barrare la casella corrispondente):

<input type="checkbox"/> Tutti i giorni				
<input type="checkbox"/> Lunedì	<input type="checkbox"/> Martedì	<input type="checkbox"/> Mercoledì	<input type="checkbox"/> Giovedì	<input type="checkbox"/> Venerdì

Si ricorda che:

- se il bambino è affetto da condizioni permanenti (celiachia, favismo, diabete, fenilchetonuria o altro) il primo certificato sarà valido per tutto il percorso didattico (ogni nuovo anno scolastico il genitore dovrà presentare solamente il presente modulo compilato ed allegare la copia del primo certificato presentato);
- in caso di dieta per motivi etico/religiosi la prima autodichiarazione presentata sarà valida per tutto il percorso didattico del bambino (ogni nuovo anno scolastico il genitore dovrà presentare solamente il presente modulo compilato).

Il/la richiedente dichiara di essere informato ai sensi del D. Lgs. 30/6/2003 n° 196 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____