



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO STATALE "L. BIANCHI"  
82028 SAN BARTOLOMEO IN GALDO (BN)  
Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola secondaria di I e II grado  
Via Costa, 26 - Tel. 0824 963444 – Cod. Fisc. 91001270627  
e-mail: [bnic82500a@istruzione.it](mailto:bnic82500a@istruzione.it) – pec: [bnic82500a@pec.istruzione.it](mailto:bnic82500a@pec.istruzione.it)  
cod. mecc. BNIC82500A – sito web: [icsanbartolomeo.edu.it](http://icsanbartolomeo.edu.it) - Cod. Un. Ufficio UFPXG9

Ai Genitori  
Ai Responsabili di Plesso  
Ai Docenti  
Istituto Omnicomprensivo di San Bartolomeo in Galdo  
Varie sedi

Oggetto: Comunicazione allergie e/o intolleranze alimentari per il servizio di mensa scolastica A.S. 2024/2025.

In concomitanza con l'avvio del servizio di mensa scolastica, si invitano le famiglie a comunicare, entro sabato 5 ottobre 2024, direttamente alla segreteria dell'Istituto oppure ai Responsabili di Plesso, gli eventuali casi di intolleranze e/o allergie alimentari, al fine di trasmettere, nel rispetto delle leggi in vigore sulla privacy, la relativa documentazione ai Comuni eroganti detto servizio, per consentire la preparazione dei pasti differenziati.

La richiesta dovrà essere presentata sul modello che di seguito si riporta e ad essa dovrà essere allegata la certificazione medica che certifichi l'intolleranza e/o l'allergia alimentare

**Il Dirigente scolastico**

**Prof.ssa Maria Cirocco**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art 3, comma 2 del Dlgs 39/1993

**Oggetto: Comunicazione intolleranze /allergie/malattie metaboliche**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ recapito telefonico . \_\_\_\_\_

e la sottoscritta \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ recapito telefonico . \_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

frequentante per l'anno scolastico 2024/2025 l'Istituto Omnicomprensivo

[ ] scuola infanzia [ ] scuola primaria [ ] scuola sec. I grado sezione/classe \_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_

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

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

**2) Chiede**

- che al/alla proprio/a figlio/a vengano somministrati pasti alternativi rispetto a quelli previsti nel menù stabilito

[ ] **Allo scopo allega certificato medico recente**

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. Il titolare del trattamento è l'Istituto comprensivo Scanzano J./Montalbano J. nella persona del Dirigente scolastico pro tempore. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi del R.E. 279/2016.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_