



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

Scuola Infanzia – Scuola Primaria –

Scuola Secondaria di 1° Grado “Padre Giuseppe Puglisi” ad indirizzo musicale

VIA G. FORTUNATO, 10 – 87021 BELVEDERE MARITTIMO (CS) tel. e fax 0985/82923

C. M. - CSIC8AS00C – C. F. 82001590783 - Codice Univoco Ufficio UFUPTB

- E-MAIL: csic8as00c@istruzione.it PEC: csic8as00c@pec.istruzione.it

Sito web: www.icbelvedere.gov.it

Prot. n. 7758/C27

Belvedere M.mo, 28/09/2017

Ai signori genitori/tutori degli alunni interessati
(tramite i Responsabili di plesso della scuola
dell'infanzia e i Coordinatori di classe della
scuola secondaria di primo grado corso a T.P.)

Loro Sedi

Oggetto: Servizio di refezione scolastica – dieta personalizzata **per patologia/motivi etici o motivi religiosi.**

Considerato che a breve sarà avviato il servizio di refezione scolastica presso tutti i plessi di scuola dell'infanzia (tranne Laise) del Comune di Belvedere M.mo e presso la scuola secondaria di primo grado corso D a Tempo Prolungato di questa istituzione scolastica, si invitano le SS.LL. a comunicare, entro e non oltre giovedì 14 ottobre 2017, eventuali richieste di diete alimentari personalizzate per particolari patologie, per motivi etici o religiosi.

1. Nel caso in cui la richiesta di dieta personalizzata sia dovuta a motivi etici o culturali o a tradizioni religiose, l'apposita istanza, recante la firma di entrambi i genitori o dal tutore legale, deve essere inoltrata presso gli uffici di segreteria con indicazione di tutti gli alimenti da escludere dal menu predisposto dall'Azienda Sanitaria.

2. In caso di richiesta di dieta personalizzata dovuta a patologia accertata (o in via di accertamento), l'istanza, recante la firma di entrambi i genitori o dal tutore legale, deve essere inoltrata presso gli uffici di segreteria corredata anche da certificazione del pediatra di libera scelta o del medico di base o del medico specialista contenente la specifica obbligatoria degli alimenti che non possono essere somministrati e/o che devono essere assunti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Ersilia SICILIANO

Firma autografata sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 D.lgs. 39/93



Questa parte va compilata e restituita al docente Coordinatore di classe (per la scuola secondaria di primo grado) entro sabato 14 ottobre 2017.

I sottoscritti genitori dell'alunno/a frequentante la classe _____ sez. D della *Scuola Secondaria di 1° grado “Padre Giuseppe Puglisi”* **DICHIARANO** di aver preso visione della comunicazione del dirigente scolastico n._____/A-22 del 28 settembre 2017 relativa a “Servizio di refezione scolastica – dieta personalizzata **per patologia/motivi etici o motivi religiosi.**

Data

In fede

Firma: Papà dell'alunno/a

Firma: Mamma dell'alunno/a

Questa parte va compilata e restituita al docente Responsabile di plesso (per la scuola dell'infanzia) entro sabato 14 ottobre 2017.

I sottoscritti genitori dell'alunno/a frequentante la sezione _____ della Scuola dell'Infanzia di _____ **DICHIARANO** di aver preso visione della comunicazione del dirigente scolastico n._____/A-22 del 28 settembre 2017 relativa a "Servizio di refezione scolastica – dieta personalizzata **per patologia/motivi etici o motivi religiosi.**

Data

In fede

Firma: Papà dell'alunno/a

Firma: Mamma dell'alunno/a

Questa parte va compilata e restituita al docente Responsabile di plesso (per la scuola dell'infanzia) entro sabato 14 ottobre 2017.

I sottoscritti genitori dell'alunno/a frequentante la sezione _____ della Scuola dell'Infanzia di _____ **DICHIARANO** di aver preso visione della comunicazione del dirigente scolastico n._____/A-22 del 28 settembre 2017 relativa a "Servizio di refezione scolastica – dieta personalizzata **per patologia/motivi etici o motivi religiosi.**

Data

In fede

Firma: Papà dell'alunno/a

Firma: Mamma dell'alunno/a

Questa parte va compilata e restituita al docente Responsabile di plesso (per la scuola dell'infanzia) entro sabato 14 ottobre 2017.

I sottoscritti genitori dell'alunno/a frequentante la sezione _____ della Scuola dell'Infanzia di _____ **DICHIARANO** di aver preso visione della comunicazione del dirigente scolastico n._____/A-22 del 28 settembre 2017 relativa a "Servizio di refezione scolastica – dieta personalizzata **per patologia/motivi etici o motivi religiosi.**

Data

In fede

Firma: Papà dell'alunno/a

Firma: Mamma dell'alunno/a

Questa parte va compilata e restituita al docente Responsabile di plesso (per la scuola dell'infanzia) entro sabato 14 ottobre 2017.

I sottoscritti genitori dell'alunno/a frequentante la sezione _____ della Scuola dell'Infanzia di _____ **DICHIARANO** di aver preso visione della comunicazione del dirigente scolastico n._____/A-22 del 28 settembre 2017 relativa a "Servizio di refezione scolastica – dieta personalizzata **per patologia/motivi etici o motivi religiosi.**

Data

In fede

Firma: Papà dell'alunno/a

Firma: Mamma dell'alunno/a

Questa parte va compilata e restituita al docente Responsabile di plesso (per la scuola dell'infanzia) entro sabato 14 ottobre 2017.

I sottoscritti genitori dell'alunno/a frequentante la sezione _____ della Scuola dell'Infanzia di _____ **DICHIARANO** di aver preso visione della comunicazione del dirigente scolastico n._____/A-22 del 28 settembre 2017 relativa a "Servizio di refezione scolastica – dieta personalizzata **per patologia/motivi etici o motivi religiosi.**

Data

In fede

Firma: Papà dell'alunno/a

Firma: Mamma dell'alunno/a

Questa parte va compilata e restituita al docente Responsabile di plesso (per la scuola dell'infanzia) entro sabato 14 ottobre 2017.

I sottoscritti genitori dell'alunno/a frequentante la sezione _____ della Scuola dell'Infanzia di _____ **DICHIARANO** di aver preso visione della comunicazione del dirigente scolastico n._____/A-22 del 28 settembre 2017 relativa a "Servizio di refezione scolastica – dieta personalizzata **per patologia/motivi etici o motivi religiosi.**

Data

In fede

Firma: Papà dell'alunno/a

Firma: Mamma dell'alunno/a