



**DIREZIONE DIDATTICA STATALE  
DEL 1° CIRCOLO DI QUARTO (NA)**

Via Primo Maggio n. 4 – 80010 Quarto (NA) – sito web.: [www.primocircoloquarto.gov.it](http://www.primocircoloquarto.gov.it)  
Ufficio Segreteria: tel./fax 081.8761777 - Direzione: tel. 081.8768047 - C.F. 80029800630  
e-mail: [naee17300n@istruzione.it](mailto:naee17300n@istruzione.it) - pec: [naee17300n@pec.istruzione.it](mailto:naee17300n@pec.istruzione.it)



<http://cercalatuascuola.istruzione.it/cercalatuascuola/>

Prot. n. 3385/6.2.p

Quarto, 27/09/2018

Alle famiglie degli alunni  
AI DSGA  
Ai Docenti  
Al personale ATA  
Sito web  
Atti

**Oggetto: Segnalazione allergie, intolleranze alimentari, malattie metaboliche**

Al fine di consentire a questa Istituzione di gestire in sicurezza la somministrazione dei pasti, i sigg. Genitori/tutori/affidatari sono pregati compilare il modulo allegato alla presente comunicazione, segnalando eventuali allergie, intolleranze alimentari, malattie metaboliche attestate da certificazione medica, che si chiede di allegare, fornendo altresì adeguata informazione sulle modalità di somministrazione dei pasti.

I moduli e la documentazione allegata andranno consegnati in segreteria per i provvedimenti di competenza.

Il Dirigente Scolastico  
Prof. ssa Stefania Albiani  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3, c.2 Dlgs. n.39/1993

Al Dirigente Scolastico  
del 1° Circolo Didattico  
di Quarto (Na)

**OGGETTO: SEGNALAZIONE ALLERGIE, INTOLLERANZE ALIMENTARI, MALATTIE METABOLICHE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di genitore/tutore/affidatario  
dell'alunn \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ iscritto alla sezione/classe \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_  
Plesso \_\_\_\_\_  
segnala quanto segue in riferimento al proprio/a figlio/a:

**Allergia/Intolleranza alimentare** \_\_\_\_\_

di cui si allega certificazione medica rilasciata da: \_\_\_\_\_

**Malattia metabolica** \_\_\_\_\_

di cui si allega certificazione medica rilasciata da: \_\_\_\_\_

**Altro (specificare):** \_\_\_\_\_

**Alimenti da eliminare:**

\_\_\_\_\_

**Alimenti consentiti:**

\_\_\_\_\_

**Ulteriori informazioni utili:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del  
Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR  
(Regolamento UE 2016/679).

Data .../.../.....

Firma

\_\_\_\_\_