



Città di Benevento

Ufficio Istruzione

Corso Garibaldi Palazzo Paolo V – 82100 Benevento –

Tel. 0824 - 772614-- 625-- 683 C.F. 00074270620

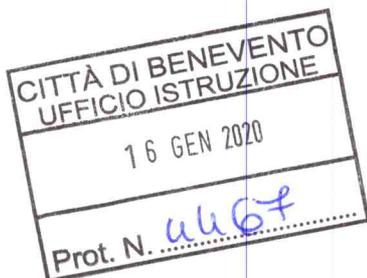
istruzione@comunebn.it istruzione@pec.comunebn.it



United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization



I Longobardi in Italia.
I luoghi del potere (568-774 d.C.)
iscritti sulla Lista del Patrimonio Mondiale nel 2011



Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo
San Filippo
bnvc01000a@pec.istruzione.it

Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo
Pascoli
bnic86100d@pec.istruzione.it

Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo
Sant' Angelo a Sasso
bnic86000n@pec.istruzione.it

Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo
G. Moscati
bnic84300x@pec.istruzione.it

Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo
F. Torre
bnic84500g@pec.istruzione.it

Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo
B. Lucarelli
bnic84400q@pec.istruzione.it

Assessore all'Istruzione
Dott.ssa Rossella Del Prete
rossella.delprete@pec.comunebn.it

OGGETTO: trasmissione modello per richiesta menù speciale.

A decorrere dall'anno scolastico 2019/2020, l'ASL di Benevento, responsabile della elaborazione dei menù "speciali" per i bambini che fruiscono del servizio mensa, ha chiesto a questo Ufficio di allegare, contestualmente alla certificazione medica giustificativa, una richiesta, a firma del genitore, il cui format è opportunamente allegato alla presente.

Pertanto, al fine di evitare ritardi nella elaborazione dei menù speciali da parte dell'Asl, si trasmette copia dello stampato che, firmato dal genitore, verrà trasmesso unitamente alla certificazione del medico curante e/o dello specialista significando che, in mancanza, questo Ufficio non potrà trasmettere la richiesta di menù speciale all'Asl di competenza.

Distinti saluti.

D'AM



P.
Il Dirigente
Dott. Alessandro Verdicchio

Dott.ssa Rosalba Luongo

al Dirigente Scolastico

P.zza/Via _____

82100 Benevento

Oggetto: Richiesta menu alternativo anno scolastico ____/____

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

In qualità di genitore/tutore residente in _____

Indirizzo _____

Telefono : _____

Cell: _____

CHIEDE CHE

al/alla figlio/a: _____
(cognome) (nome)

data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Frequentante la classe: _____ Plesso: _____

VENGA SOMMINISTRATO IL MENU:

- DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE:

allegare certificato medico attestante il problema alimentare a firma del medico di base o del pediatra o di uno specialista o di un centro ospedaliero;

- MENU ALTERNATIVO PER MOTIVI ETICO/RELIGIOSI;

- PASTA IN BIANCO.

QUALUNQUE VARIAZIONE IN CORSO DELL'ANNO SCOLASTICO, DEVE ESSERE COMUNICATA ALL'UFFICIO DIDATTICO

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informative privacy pubblicate, ai sensi della normativa vigente.

Benevento, _____

Firma

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità previste dal vigente ordinamento in materia di dichiarazioni mendaci (art.76 DPR 445/2000), dichiara che l'altro genitore è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione e che ha preso visione delle informative privacy pubblicate, ai sensi della normativa vigente.

Benevento, _____

Firma