



Istituto Comprensivo di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria I° Grado
"Leonardo DA VINCI" - Autonomia 158 –
Via Nazionale, snc 84060 Omignano Scalo (SA) – Telef./ Fax 0974/64009
E-mail saic866002@istruzione.it; www.icomignano.edu.it C.F. 90009630659 ;saic866002@pec.istruzione.it

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "LEONARDO DA VINCI"-OMIGNANO
Prot. 0003584 del 13/10/2023
V-6 (Uscita)

Ai Genitori della Scuola Infanzia
Plesso Lustra
Al personale ata
Atti
Albo Bacheca

Oggetto: Inizio servizio mensa scolastica a.s. 2023-2024

VISTA la comunicazione del Comune Lustra del 09/10/2023
si comunica che il 16/10/2023, avrà inizio il servizio mensa scolastica per la scuola
dell'Infanzia di Corticelle

Si allega comunicazione Comunale.

Modulo intolleranze/allergie alimentari

Il Dirigente Scolastico
Prof. Giovanni Buonocore
Firmato digitalmente

COMUNE DI LUSTRA



COMUNE DI LUSTRA

Provincia di Salerno

TITUTO COMPRESIVO STATALE - "LEONARDO DA VINCI"-OMIGNANO
ot. 0003456 del 09/10/2023
6 (Entrata)

Municipio, 8
0974.830074
0974.830033

web: comune.lustra.sa.it

mail: comunedilustra@libero.it

posta certificata: protocollo@pec.comune.lustra.sa.it

Cod. Fisc. 00540330651

C.A.P. 84050

Prot. n. _____ del 9 ottobre 2023

Spettabile
Istituto Comprensivo "Leonardo da Vinci"
- Autonomia 158 -
Via Nazionale snc
84060 Omignano Scalo (SA)

pec: saic866002@pec.istruzione.it

per conoscenza
al Signor Sindaco del Comune di Lustra

Oggetto: Servizio Mensa anno scolastico 2023-2024. Comunicazioni.

Con la presente, si comunica che il servizio in oggetto avrà inizio il giorno 16 ottobre 2023 e sarà espletato dalla ditta Cilento Mense S.r.l., con sede in Roccadaspide (SA) via Fonte, 158, partita iva: 02338460658, telefono: 0828/943482, cellulare: 333/6101534, posta elettronica: cilentomense@libero.it, posta elettronica certificata: cilentomense@cgn.legalmail.it

Distinti saluti.

Lustra, lì 9 ottobre 2023



Il Responsabile

Rag. Giuseppe RESCINTI

MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARE

Al Dirigente Scolastico
I.C. "L. da Vinci"
Omignano (SA)

I sottoscritti:

madre _____ padre _____

Genitori dell'alunno: _____ classe ____ sez ____ plesso _____

DICHIARANO

- Che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare:
- Che il proprio/a figlio/a presente la /le seguente/i allergia/o intolleranza alimentare (indicare nello spazio sottostante) come da certificato medico allegato:

Omignano, _____

Firma degli esercenti la potestà genitoriale

Si ricorda che è necessaria la firma di entrambi i genitori, laddove uno dei genitori sia impossibilitato a sottoscrivere la presente richiesta, si prega di sottoscrivere la seguente dichiarazione: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservazione delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui artt.319,337 ter e 337 quater del c.c. che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Data _____

Firma
