MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "C. CHIOMINTO"
Via G. Marconi, 4 - 04010 CORI (LT)
tel. 06/967780606
CM: LTIC83400X – CF: 80012650596 – CU: UFPQNG
peo: ltic83400x@istruzione.it - pec: ltic83400x@pec.istruzione.it

CIRCOLARE N.16 – A.S. 2025/2026 **Cori, 07/09/2025**

Ai genitori/tutor

Ai docenti

Alla DSGA

Al personale ATA

Al sito scolastico

Oggetto: modulo di richiesta pasto speciale per servizio di mensa scolastica.

Si invitano le famiglie interessate a compilare il **modulo di richiesta per dieta speciale (allegato alla presente)**, per motivi di salute e/o etico-religiosi.

Tale modulo è necessario alla Ditta *BioRistoro*, attuale gestore del servizio di ristorazione nelle scuole del territorio, al fine di ottimizzare il servizio.

Sarà premura del Comune di Cori ritirare tutte le certificazioni e inviarle alla ditta medesima.

Si allega modulo di richiesta pasto speciale da compilare e restituire in modo preciso e puntuale da parte delle famiglie presso la segreteria scolastica in via G. Marconi, Scuola Primaria "Virgilio Laurienti" entro il 12 settembre 2025.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Virgilio Di Giorgi
(firma autografa sostitutiva a mezzo stampa,
ex art. 3, co. 2, D.lgs 39/93)

MODULO RICHIESTA PASTO SPECIALE

Anno scolastico 2025-2026

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a_____

Il _____residente a Cori_____

In Via/Piazza _____ CAP _____

con recapito telefonico _____ e-mail _____

in qualità di genitore o tutore del/la bambino/a _____

frequentante la ☐ scuola infanzia ☐ scuola primaria (mettere una X sull'opzione corretta)

plesso _____ classe _____ sezione _____

CHIEDE

La preparazione di una dieta scolastica speciale per:

- ☐ **MOTIVI DI SALUTE** (patologia cronica e/o transitoria, fase di accertamento clinico, intolleranza/allergia alimentare). In questo caso è necessario allegare il certificato medico del proprio medico curante o del medico specialista chiaro e leggibile, con timbro e firma del medico, diagnosi, elenco degli alimenti da escludere e periodo di validità della richiesta.

  Questa richiesta se priva del certificato medico NON verrà presa in considerazione.

  - Specificare il tipo di allergia/intolleranza/patologia clinica _____ _____

- ☐ **MOTIVI ETICO-RELIGIOSI**:
  - No carne suina (di maiale) e derivati
  - No carne bovina (manzo, vitello, vitellone) e derivati
  - No tutti i tipi di carne (pollo, maiale, tacchino, coniglio, ect) e derivati
  - Scelta vegetariana (no carne e no pesce)
  - Scelta vegana (no tutti i derivati di origine animale)

SI ALLEGA

- ☐ Certificato medico (avere cura che sia chiaro e leggibile)

-Con la presente si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi dell'informativa sulla privacy Reg. 679/2016/UE.

Data_____

_____

(Firma leggibile del genitore o esercente la patria potestà)