

**Oggetto: Comunicazione intolleranze /allergie**

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

frequentante per l'anno scolastico 2024/2025 il Primo Circolo R. Arfè di Somma Vesuviana NA

[ ] scuola infanzia [ ] scuola primaria [ ]

sezione/classe.....

Plesso \_\_\_\_\_

**1) Fa presente che al proprio figlio sarà somministrato pasto per soggetti allergici o intolleranti**

2) Dichiaro altresì di aver comunicato le allergie / intolleranze alimentari all'ente erogatore del servizio refezione scolastica (come da Note del Comune di Somma Vesuviana prot.n. 0028961 e nota prot. n. 0028962 del 02/10/2024), e di aver allegato la documentazione richiesta, tramite la Piattaforma Telemoney.

Data \_\_\_\_\_

Firma

Genitore/ Tutore .....

Genitore/ Tutore .....