



**COMUNE DI SAN FRATELLO  
CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA**

**AVVISO PUBBLICO**

**SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA  
a.s. 2025/2026**

**Si comunica** che dal **6.10.2025** avrà inizio il servizio di refezione scolastica per gli alunni frequentanti le scuole dell'Infanzia, Primaria e Secondaria che effettuano il rientro pomeridiano.

**Si invitano** le famiglie degli alunni interessati, a ritirare, presso l'URP di questo Comune o scaricare dal sito internet, <https://www.comune.sanfratello.me.it> il modello di richiesta del servizio e a comunicare eventuali casi di allergie e/o intolleranze alimentari, mediante compilazione del modulo allegato alla presente, completo di certificazione medica.

San Fratello 1.10.2025

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

Sig.ra Oddo Tina



**IL RESPONSABILE DELL'AREA AMMINISTRATIVA**

Sig.ra Reitano Rosalia Anna

Al Sindaco del Comune di San Fratello  
p.c. Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Acquedolci

OGGETTO: Dichiarazione allergie ed intolleranze alimentari

Il/La sottoscritto/a

|                     |                    |                    |       |
|---------------------|--------------------|--------------------|-------|
| Cognome             |                    | Nome               | Sesso |
|                     |                    |                    | M   F |
| Data di nascita     |                    | Luogo di nascita   |       |
|                     |                    |                    |       |
| Indirizzo residenza |                    | Città di residenza |       |
|                     |                    |                    |       |
| Telefono abitazione | Telefono cellulare | Indirizzo E-mail   |       |
|                     |                    |                    |       |

in qualità di (*barrare la casella del caso*): ☐ genitore ☐ \_\_\_\_\_  
dell'utente del servizio di refezione scolastica di seguito indicato:

|                                                                 |  |                  |       |
|-----------------------------------------------------------------|--|------------------|-------|
| Cognome                                                         |  | Nome             | Sesso |
|                                                                 |  |                  | M   F |
| Data di nascita                                                 |  | Luogo di nascita |       |
|                                                                 |  |                  |       |
| Scuola frequentata                                              |  |                  |       |
| Classe _____                                                    |  |                  |       |
| <input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia di _____          |  |                  |       |
| <input type="checkbox"/> Scuola Primaria di _____               |  |                  |       |
| <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di 1° grado di _____ |  |                  |       |

previamente informato/a e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché dei controlli che potranno essere svolti ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, **SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ**

DICHIARA

☐ che il proprio figlio, per motivi etici o religiosi, non può assumere i seguenti alimenti:

☐ che il proprio figlio è affetto da:

- ☐ Intolleranza alimentare
- ☐ Allergia alimentare
- ☐ Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- ☐ \_\_\_\_\_

così come risulta dal certificato medico allegato alla presente e rilasciato recentemente dai Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali e/o sensibili forniti con la presente richiesta saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad altri soggetti qualora ciò si renda necessario ai fini dell'elaborazione e della somministrazione della dieta speciale. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Ostra. Con la firma apposta in calce alla presente, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte.

IL DICHIARANTE

.....

Al Responsabile dell' Area Amministrativa  
del Comune di San Fratello

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in San Fratello, via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ genitore dell’alunno \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola :

- ☐ Infanzia
- ☐ Primaria
- ☐ Secondaria

CHIEDE

Che il/la proprio/a figlio/a possa usufruire del servizio di refezione scolastica per l'anno scolastico 2025/2026. Si impegna a corrispondere per ogni pasto la somma di € \_\_\_\_\_.

San Fratello, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

ESTREMI VERSAMENTO

| MESE     | BOLLO N. | DATA | BLOCCO N. | FIRMA PER RICEVUTA |
|----------|----------|------|-----------|--------------------|
| OTTOBRE  |          |      |           |                    |
| NOVEMBRE |          |      |           |                    |
| DICEMBRE |          |      |           |                    |
| GENNAIO  |          |      |           |                    |
| FEBBRAIO |          |      |           |                    |
| MARZO    |          |      |           |                    |
| APRILE   |          |      |           |                    |
| MAGGIO   |          |      |           |                    |