

 Ministero dell'Istruzione dell'Università e Ricerca	Istituto Comprensivo Santa Margherita Ligure Via Liuzzi, 4 - 16038 - S. Margherita Ligure (GE) - 0185295753 www.icsantamargheritaligure.edu.it geic80600l@istruzione.it geic80600l@pec.istruzione.it	
--	--	---

Santa Margherita Ligure, 19/09/2025

Circ. 014 – A.S. 2025-2026

Alle famiglie
Ai Docenti
e p.c. personale ATA, DSGA
IC Santa Margherita Ligure

Oggetto: Servizio Mensa

Da lunedì 22/09 in tutti i plessi dell'Istituto, inizierà il servizio mensa fornito da Sodexo Italia SpA.

Su Impulso del Comune di Santa Margherita Ligure, con la presente si porta a conoscenza dell'utenza (in particolare per i nuovi iscritti) l'esistenza della nuova modulistica per la richiesta di avvalersi di diete speciali, per motivi sanitari o etico religiosi.

La modulistica di cui sopra è allegata di seguito alla presente, insieme alla locandina con le modalità di iscrizione al servizio mensa.

Le richieste andranno inviate per e-mail all'indirizzo di posta elettronica modica@comunesml.it.

L'occasione mi è gradita per confermarvi in stima,

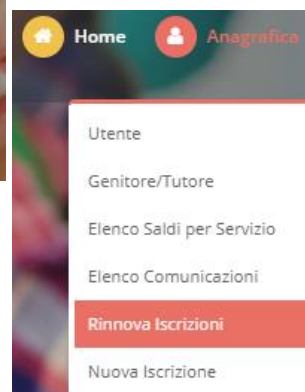
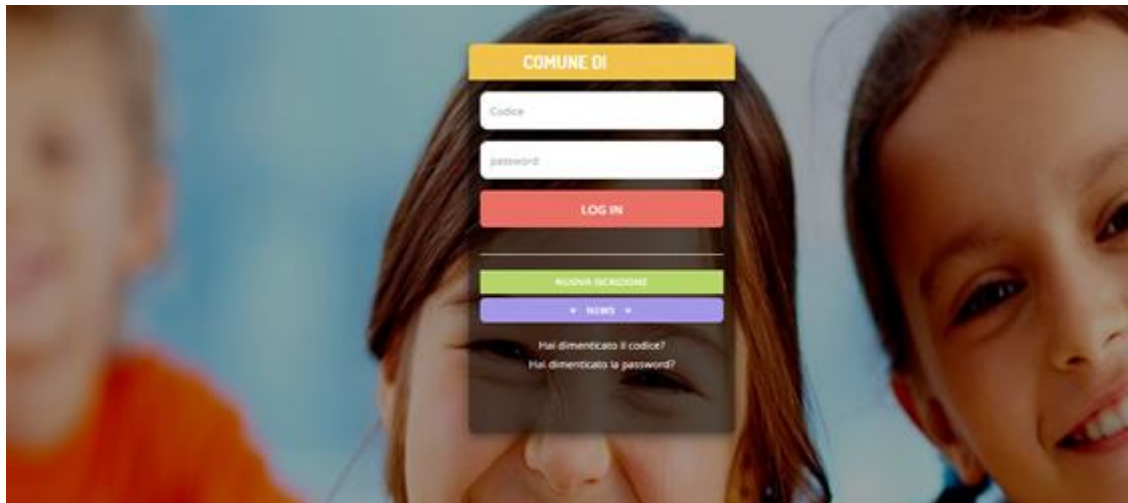
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Riccardo Antola
Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. 39/1993

SERVIZIO REFEZIONE SCOLASTICA per il COMUNE DI SANTA MARGHERITA LIGURE

ISCRIZIONI ON-LINE PER L'ANNO SCOLASTICO 2025/2026

Vi comunichiamo con la presente che dal 21/05/2025 al 30/06/2025 sarà possibile rinnovare l'iscrizione al servizio Refezione Scolastica oppure effettuare l'iscrizione per la prima volta.

Accedere al sito <https://www6.itcloudweb.com/santamargheritaligureportalegen>



- Per il **RINNOVO** dell'iscrizione accedere al portale con codice e password già in vostro possesso. Una volta effettuato l'accesso passare il cursore su **Anagrafica** e cliccare su **Rinnova Iscrizioni**:
- Per una **NUOVA ISCRIZIONE** (iscrizione per la prima volta al Servizio) cliccare il tasto verde con l'indicazione **NUOVA ISCRIZIONE** (vedi immagine sopra).
Successivamente indicare il **CODICE FISCALE del bambino** e cliccare su **Sono un nuovo iscritto**

Codice Fiscale Alunno

Password

Comune

Comune di

Attenzione!! L'accesso da questa sezione deve essere eseguito solamente dai nuovi iscritti, per i Rinnovi, che utilizzano già il sistema informatizzato, bisogna effettuare l'accesso dal portale genitori ed effettuare l'iscrizione dall'apposita sezione.

Sono un Rinnovo **Sono un nuovo iscritto**

Seguire successivamente le indicazioni contenute nel portale, indicare i dati richiesti per completare il processo di rinnovo o iscrizione al Servizio.

Per qualsiasi informazione o chiarimento, sarà possibile scrivere all'indirizzo e-mail centrocotturaSMargherita.FMS.IT@sodexo.com oppure orietta.campidoglio@sodexo.com



COMUNE DI SANTA MARGHERITA LIGURE
Città metropolitana di Genova

SETTORE II SERVIZI INTEGRATI ALLA PERSONA

MODULO RICHIESTE DIETE SANITARIE

SERVIZIO DI RISTORAZIONE SCOLASTICA FORNITO DA SODEXO ITALIA spa

ANNO SCOLASTICO 20___/ 20___

Il sottoscritto/a _____
Telefono/cellulare _____
Indirizzo di posta elettronica _____
Genitore di :
COGNOME / NOME _____

FREQUENTANTE IL SERVIZIO PRESSO:

LA SCUOLA _____ CLASSE _____ SEZIONE _____

☐ NIDO ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico forniti da SODEXO ITALIA SPA

☐ merenda di metà mattino ☐ pranzo ☐ merenda di metà pomeriggio

Giorni di rientro: ☐ LUNEDI' ☐ MARTEDI' ☐ MERCOLEDI' ☐ GIOVEDI' ☐ VENERDI'

FA RICHIESTA DI :

☐ Intolleranza alimentare a specificare alimento/i da escludere dall'alimentazione: Allegare Certificato del medico curante con diagnosi.
☐ Allergia Alimentare a specificare alimento/i da escludere dall'alimentazione: Allegare Certificato del medico curante con diagnosi. È da considerare a "RISCHIO VITA" (necessita di farmaci salvavita poiché a rischio di gravi reazioni allergiche,ricovero ospedaliero,shock anafilattico)
☐ Malattia metabolica o autoimmune (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...): Allegare Certificato del medico curante con diagnosi) E' da considerare a "RISCHIO VITA" (necessita di salvaci salvavita poiché a rischio di ricovero ospedaliero e gravi rischi per la salute)
☐ ALTRO (Difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi del comportamento alimentare,ecc,; definire la tipologia di dieta richiesta). Specificare alimenti da escludere dall'alimentazione: a tal fine si allega Certificato del medico curante con diagnosi.



DICHIARA, come riportato sul certificato medico allegato che:

- ☐ l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione **PUO'** essere tollerato
- ☐ l'allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione **NON PUO'** essere tollerato

E' consapevole che la procedura attuata prevede quanto segue:

- **Si accettano solo certificati di Specialisti**, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche, certificati di specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati (è preferibile l'utilizzo del modulo "Certificato con le indicazioni necessarie per diete speciali ai fini della ristorazione scolastica" allegato alla presente).
- **Il consumo di alimenti con tracce di allergeni** è possibile solo se espressamente previsto dal certificato medico.
- In assenza di una precisa indicazione medica la dieta speciale richiesta avrà validità di un anno scolastico (da settembre a giugno).
- Le richieste di diete per malattie metaboliche e autoimmuni permanenti quali ad esempio il diabete, celiachia, favismo hanno validità per l'intero ciclo scolastico (es. per tutta la permanenza presso la medesima scuola dell'infanzia, dalla classe 1^a alla 5^a della medesima scuola primaria,...) anche se non specificato nel certificato medico.
- **Per tutte le sospensioni, integrazioni e/o restrizioni** della dieta è necessario presentare certificato medico.
- Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta speciale **non vengono accettate modifiche della dieta (integrazioni e/o restrizioni) comunicate verbalmente o sottoscritte in forma di autodichiarazione, né da parte degli insegnanti, né da parte dei genitori.**
- Si consiglia di mantenere copia della seguente documentazione unitamente al certificato medico in caso di necessità di presentazione per la frequentazione dei centri estivi.
- Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

Luogo e Data

Firma leggibile



DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE- N.B. Si accettano solo certificati di Specialisti, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche.

Data.....

Si certifica che il bambino/aM O F O

Nato/a il..... presenta:

- ☐ **ALLERGIA ALIMENTARE**
Possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniettabile
SI O NO O
- ☐ **INTOLLERANZA ALIMENTARE**
- ☐ **CELIACHIA**
- ☐ **MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**
- ☐ **ALTRA PATOLOGIA**

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI O ATTINENTE ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DIETETICHE**

.....
.....

ULTERIORI SPECIFICHE

- ☐ L'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione PUO' essere tollerato
- ☐ L'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON PUO' essere tollerato

DURATA DELLA DIETA SPECIALE:

- ☐ **Intero ciclo scolastico**
- ☐ **Intero anno scolastico**
- ☐ **N. mesi**

Timbro e firma del Medico Curante

.....



COMUNE DI SANTA MARGHERITA LIGURE

Città metropolitana di Genova

SETTORE II SERVIZI INTEGRATI ALLA PERSONA

MODULO DI RICHIESTA DI PASTO ALTERNATIVO PER MOTIVAZIONI ETICHE O RELIGIOSE
ANNO SCOLASTICO _____ fornito da SODEXO ITALIA spa

- Il sottoscritto/a (NOME E COGNOME) _____
- Genitore/tutore di (NOME COGNOME ALUNNO) _____
 - OPPURE
- Il sottoscritto/a operatore scolastico/Docente _____

Telefono/cellulare (solo in caso di necessità di chiarimenti) _____

Indirizzo di posta elettronica (facoltativo) _____

Scuola di riferimento: Nome scuola _____ Classe _____ Sez. _____

☐ NIDO

☐ INFANZIA

☐ PRIMARIA

☐ MERENDA DI META' MATTINO

☐ PRANZO

☐ MERENDA DI META' POMERIGGIO

Giorni di rientro

☐ LUNEDI'

☐ MARTEDI'

☐ MERCOLEDI'

☐ GIOVEDI'

☐ VENERDI'

Il sottoscritto, come sopra identificato:

1. RICHIEDE per il proprio figlio/per se in quanto docente fruitore del servizio di refezione scolastica, la produzione di pasto alternativo per motivazioni etico-religiosa:

- Motivazione religiosa
 - ☐ no tutti i tipi di carne
 - ☐ no suino
 - ☐ no bovino
 - ☐ altro (specificare) _____
- Motivazione etica
 - ☐ dieta ovo-latto vegetariana (no carne, no pesce – sì uova, latte e derivati)
 - ☐ dieta vegana (no carne, no pesce, no uova, no latte e derivati)

2. In caso di necessità di dieta speciale per intolleranza o allergia è **necessario compilare anche** il MODULO RICHIESTA DIETE SANITARIE e allegare la documentazione richiesta.

3. Le esclusioni indicate sopra NON tengono conto di possibili tracce contenute nelle materie prime utilizzate.

4. La richiesta è ritenuta valida per l'intero ciclo scolastico.

5. Il sottoscritto è consapevole che la documentazione fornita può essere soggetta a valutazione ASL. Il sottoscritto dichiara che le informazioni e i dati forniti nel presente modulo sono veritieri.

Luogo e data

Firma leggibile
