



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca  
ISTITUTO COMPRENSIVO CAVA "CARDUCCI – TREZZA"  
Via Carlo Santoro,18- 84013 Cava de' Tirreni (SA)  
Tel.:089461345- Tel.0892966817- Cod. mecc. SAIC8A300D  
E-MAIL: saic8a300d@istruzione.it – PEC:  
saic8a300d@pec.istruzione.it  
[www.ic-carduccitrezza.edu.it](http://www.ic-carduccitrezza.edu.it)



### **AVVISO N. 143**

ISTITUTO COMPRENSIVO CAVA CARDUCCI-TREZZA  
**Prot. 0001820 del 23/04/2021**  
09-01 (Uscita)

Cava de' Tirreni, 23/04/2021  
Ai docenti  
Ai genitori  
Al personale ATA  
Atti

#### **Oggetto: Programma Frutta nella scuola**

Si comunica che nel mese di aprile sarà avviato il Programma Frutta nelle scuole 2020/21 rivolto alla scuola Primaria che prevede la distribuzione settimanale di frutta e verdura agli studenti dell'istituto, in orario curriculare, per incentivare una corretta alimentazione.

Il Programma è volto anche a coinvolgere le famiglie e gli insegnanti in modo tale che il processo di educazione alimentare, iniziato a scuola, continui anche in ambito. I genitori sono pregati di comunicare eventuali allergie o intolleranze alla frutta per iscritto ai docenti coordinatori di classe, compilando il modulo allegato o di chiedere di esonerare i propri figli dalla partecipazione per eventuali particolari motivazioni. La frutta distribuita dovrà essere consumata a casa.

**Il Dirigente Scolastico**

**F.to Dott.ssa Filomena Adinolfi**

*(\*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate e sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.*

**DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITA'**

I sottoscritti

\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (.....) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (.....) CAP \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (.....) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (.....) CAP \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

nella loro qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore:

\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (.....) il \_\_\_\_\_

**DICHIARANO CHE**

L'alunno \_\_\_\_\_ risulta affetto dalle seguenti allergie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I genitori dichiarano che la/le allergia/e indicata/e non sono gravi/ sono gravi e pregiudicano/ non pregiudicano la possibilità di partecipare al progetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma genitore \_\_\_\_\_

Firma genitore \_\_\_\_\_