



**LICEO CLASSICO "MEGARA"**  
*Classico – Scientifico – Scienze Umane – Linguistico –  
Artistico - Scienze Umane Quadriennale*  
96011 AUGUSTA- VIA STRAZZULLA, 10  
Tel.: 0934522024/521834



Codice Fiscale 81002250892 PEC: srpc070006@pec.istruzione.it e-mail: srpc070006@istruzione.it sito web: <http://www.liccomegara.edu.it>

**C. I. n. 151**

**Augusta, 06 novembre 2024**

- **Ai docenti**
- **Ai docenti segretari-coordinatori**
- **Agli studenti**
- **Ai genitori rappresentanti di classe**
- **Alle famiglie per il tramite degli alunni**
- **Al DSGA**
- **Ai collaboratori scolastici**
- **Atti**
- **Albo**
- **Sito web**

**OGGETTO: Pausa di socializzazione prolungata in data 11/11/2024 – lunedì (dalle ore 11:50 alle ore 12.30)**

Si comunica alle SS.LL. in indirizzo che giorno 11 novembre 2024 (lunedì), in occasione della festa di S. Martino, la seconda pausa di socializzazione, durerà dalle ore 11.50 alle ore 12.30. Durante tale pausa gli alunni, all'interno della propria aula, potranno consumare le tradizionali *"Zeppole di San Martino"*.

Alle ore 12.30 gli alunni riprenderanno il regolare orario delle lezioni.

Si ricorda che l'introduzione a scuola di alimenti nella giornata di S. Martino e in altre ricorrenze, è subordinata al rispetto delle seguenti condizioni:

1. Consegna della dichiarazione scritta, firmata dal genitore rappresentante di classe, che attesti la non presenza di ragazzi affetti da intolleranze alimentari (modulo allegato);
2. Presentazione ai collaboratori scolastici dello scontrino fiscale attestante la tracciabilità dei prodotti;
3. Gli alimenti dovranno pervenire a scuola non prima delle ore 10.30 e potranno essere consumati durante la seconda pausa di socializzazione;
4. Garantire la pulizia dei locali.

Si allega modulo per la dichiarazione delle intolleranze.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Prof. Gianluca Rapisarda**  
**FEA**

**Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Classico “Megara”  
Sezione Scientifica annessa  
di Augusta**

**Oggetto: Dichiarazione relativa alle intolleranze alimentari classe \_\_\_\_\_ - a. s. 2024/2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di rappresentante dei genitori per la classe \_\_\_\_\_, come richiesto con C. I. n. \_\_\_\_\_, **sentiti tutti i genitori della classe,**

**DICHIARA**

che

nessun alunno della classe è affetto da intolleranze alimentari

*oppure (scegliere la voce adatta alla classe)*

nessun alunno della classe è affetto da intolleranze alimentari ad eccezione di n. \_\_\_\_ alunni, i cui nominativi e il cui tipo di intolleranza vengono comunicati al docente segretario/coordinatore in modo riservato, nel rispetto della privacy.

Augusta, \_\_\_\_\_

Con osservanza,

\_\_\_\_\_  
(firma del genitore rappresentante)