ROMA
Municipio Roma V
Direzione Socio Educativa

AVVISO

Modalità per la richiesta o per il rinnovo delle diete speciali a.s.2018/2019

Si informano i genitori che hanno la necessità di richiedere per i propri figli una variazione di menù per motivi di salute, religiosi o etici, che la domanda potrà essere presentata su apposito modulo(mod.n.1) dal 3/9/2017 presso la sede del Municipio V e nei giorni di apertura al pubblico di seguito indicati:

Ufficio di Programmazione e Vigilanza Alimentare, Via Palmiro Togliatti, 983, Piano terra_stanza n.14_tel. 06 69607663- 06 60607692-fax 06 69607628

Lunedì 9-13, Martedì e Giovedì ore 9-13/ 15-17

Le domande per motivi di salute dovranno essere corredate da certificazione medica conforme e in versione originale munita di data, timbro e firma del medico e potrà essere redatta su apposito modulo (mod.n.2 da ritirare presso il suddetto Ufficio, oppure scaricabile dal link istituzionale *https://www.comune.roma.it/web/it/scheda-servizi.page?contentId=INF57962*).
In caso di sospensione (reintroduzione a dieta libera) il genitore è tenuto alla presentazione di un nuovo certificato medico.

La richiesta di dieta speciale per motivi etici, religiosi e di salute si intende valida per la durata del ciclo scolastico(nido, infanzia, primaria e secondaria di I grado) oppure fino a presentazione di nuova certificazione (che modifichi o annulli la precedente)

Il genitore è tenuto a comunicare, mediante modulo apposito (mod.n.3), all'ufficio di Programmazione Alimentare del Municipio l'eventuale trasferimento ad altra scuola e in tal caso non sarà necessario presentare nuova documentazione medica in quanto già in possesso all'Amministrazione.

Il Direttore
Dr. Alessandro Massimo Voglino

Ufficio Programmazione Alimentare
Via Palmiro Togliatti, 983 - 00171 Roma
Tel. 06.69607663 – Fax 06.69607628

ROMA

Municipio _____
MODELLO N. 1

Anno educativo/scolastico _____

☐ *Prima richiesta*
☐ *Rinnovo*
☐ *Modifica dieta in corso*
☐ *Reintroduzione dieta libera*

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE E/O ETICO/RELIGIOSI

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ ( ) il _____ e residente in _____ ( )
PROV. PROV.

Via/Piazza _____ n. ___ CAP _____ Tel./Cell. _____

E-mail _____ Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Documento di identità (1) _____

in qualità di genitore (2) del/la bambino/a _____ _____
NOME COGNOME

nato/a a _____ ( ) il _____
PROV.

Nido/Scuola _____ *Nido* *Infanzia* *Primaria* *Secondaria I g*
(BARRARE)

Classe _____ Sezione _____ Istituto Comprensivo _____

CHIEDE

☐ **la preparazione di una dieta speciale per:**

☐ **motivi di salute** (allegare Modello "n.2"- Certificazione medica per dieta speciale per motivi di salute (patologia cronica e/o transitoria, intolleranza/allergia alimentare, ritorno a dieta libera)

☐ **motivi etico/religiosi** (specificare) _____

Il/la bambino/a è presente a mensa: ☐ tutti i giorni ☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì

☐ **la reintroduzione della dieta libera**

Allega alla presente istanza:

☐ certificato medico

☐ altro (specificare) _____

Il/la richiedente dichiara di essere informato/a ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata, dagli Uffici della Amministrazione Capitolina nonché dalla Società di ristorazione aggiudicataria del servizio.

Data _____

_____
Firma leggibile del genitore o esercente la patria potestà

1 Ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del DPR 445/2000, la presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato o da chi esercita la patria potestà, in presenza del personale dell'Ufficio o sottoscritta prima e presentata a mezzo delega, unendo alla domanda la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
2 O affidatario che esercita la patria potestà; si rammenta che la domanda è legittimamente presentata dal genitore se sottintende il comune accordo con l'altro genitore ai sensi dell'art. 316 del Codice Civile. Di contro si ravviserà dichiarazione mendace penalmente perseguibile ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

✂ *Parte riservata all'Amministrazione Capitolina – Non compilare*

ROMA Municipio _____

Richiesta dieta speciale per motivi etico/religiosi o di salute – ricevuta

Prot.

Data

Nome e Cognome _____

Nido/Scuola _____ Classe _____ Sez. _____ Anno Scolastico _____

Nota bene: La richiesta di dieta speciale si intende valida per la durata di ogni ciclo educativo/scolastico (Infanzia, primaria e secondaria di I grado) oppure fino a presentazione di nuova certificazione (che modifichi o annulli la precedente per mutate esigenze). Pertanto, nel passaggio dal nido alla scuola dell'infanzia alla primaria e da questa alla secondaria di I grado il genitore, o chi eserciti la potrà potestà o persona delegata, è tenuto alla presentazione di nuovo certificato medico, come pure in caso di sospensione (reintroduzione della dieta libera). In caso di trasferimento dell'utente ad altro nido o altra scuola, il genitore dovrà darne comunicazione scritta al Municipio (Mod.n.3), ed in tal caso non sarà necessario presentare nuova documentazione medica, in quanto già in possesso dell'Amministrazione Capitolina.

ROMA

MUNICIPIO.....

MODELLO N. 2

Certificazione medica per dieta speciale per motivi di salute (patologia cronica o transitoria, intolleranza/allergia alimentare, ritorno a dieta libera)

(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno scolastico 20...../20.....

COGNOME E NOME .....

DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A .....

VIA .....

TEL. ..... CELL. .....

MEDICO CURANTE .....

NIDO/SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)

.....

.....

CLASSE..... SEZ. .....

GIORNI FREQUENZA ☐ tempo pieno

☐ modulo specificare i giorni (.....)

SINTOMATOLOGIA

GASTROENTEROLOGICA ☐ specificare.....

CUTANEA ☐ specificare.....

RESPIRATORIA ☐ specificare.....

ANAFILASSI ☐ specificare.....

ALTRO ☐ specificare.....

ACCERTAMENTI ESEGUITI

☐ RAST ☐ PRICK ☐ ALTRI specificare (.....)

DIAGNOSI

.....

.....

ALLERGIE PARTICOLARI/ANNOTAZIONI

.....

.....

DIETA PRIVA DI

.....

.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA ☐ DAL.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

ROMA

Municipio_____
Modello n. 3

Anno educativo/scolastico _____

Comunicazione cambio sede/trasferimento utente con dieta speciale per motivi di salute e/o etico-religiosi

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ ( ) il _____ e residente in _____ ( )
PROV. PROV.

Via/Piazza _____ n. ___ CAP _____ Tel./Cell. _____

E-mail _____ Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Documento di identità (1) _____

in qualità di genitore (2) del/la bambino/a _____ _____
NOME COGNOME

nato/a a _____ ( ) il _____
PROV.

Comunica il trasferimento dell'utente con dieta speciale per motivi di salute ☐ etico religiosi ☐

Nido/Scuola di provenienza

Nido/Scuola _____ *Nido Infanzia Primaria Secondaria I g* (BARRARE)

Classe _____ Sezione _____ Nido/Istituto Comprensivo _____

Nido/Scuola di destinazione

Nido/Scuola _____ *Nido Infanzia Primaria Secondaria I g* (BARRARE)

Classe _____ Sezione _____ Nido/Istituto Comprensivo _____

Il/la richiedente dichiara di essere informato/a ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata, dagli Uffici della Amministrazione Capitolina nonché dalla Società di ristorazione aggiudicataria del servizio.

Data _____

_____
Firma leggibile del genitore o esercente la patria potestà

1 Ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del DPR 445/2000, la presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato o da chi esercita la patria potestà, in presenza del personale dell'Ufficio o sottoscritta prima e presentata a mezzo delega, unendo alla domanda la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
2 O affidatario che esercita la patria potestà; si rammenta che la domanda è legittimamente presentata dal genitore se sottintende il comune accordo con l'altro genitore ai sensi dell'art. 316 del Codice Civile. Di contro si ravviserà dichiarazione mendace penalmente perseguibile ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

✂ *Parte riservata all'Amministrazione Capitolina – Non compilare*

ROMA Municipio _____

Comunicazione cambio sede/trasferimento utente con dieta speciale per motivi di salute e/o etico-religiosi
Prot.
Data

Nome e Cognome _____

Nido/Scuola di provenienza _____ *Nido Infanzia Primaria Secondaria I g* (BARRARE)

Classe _____ Sezione _____ Nido/Istituto Comprensivo _____

Scuola di destinazione

Nido/Scuola di provenienza _____ *Nido Infanzia Primaria Secondaria I g* (BARRARE)

Classe _____ Sezione _____ Nido/Istituto Comprensivo _____