

# ROMA



Municipio Roma XV  
Direzione Socio-Educativa



Ai Dirigenti degli I. C. Municipio XV

Alle POSES delle Scuole dell'Infanzia Capitoline e  
degli Asili Nido Comunali

Oggetto: richiesta diete speciali anno scolastico 2017/18

Si trasmette in allegato l'avviso relativo alla modalità di presentazione delle diete speciali per motivi di salute e/o etico-religiosi e i relativi moduli.

I Dirigenti e le POSES sono invitati ad affiggere l'avviso allegato e trasmettere lo stesso e i modelli allegati al corpo docente, al fine di far pervenire detta documentazione a tutti gli utenti interessati.

Il Direttore  
Francesca Ceccarini



## Avviso

### Modalità di presentazione richieste diete speciali per motivi di salute e/o etico-religiosi

Le domande di richiesta di dieta speciale devono essere presentate presso l'Ufficio Dietiste del Municipio XV, via Flaminia 872, piano secondo, stanza 218 nelle giornate di martedì e giovedì dalle ore 8:30 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 17:00, utilizzando gli appositi Moduli scaricabili dal sito di Roma Capitale (Modulo di richiesta dieta speciale, da compilare a cura del genitore, Modello L o Modello I, da compilare a cura del pediatra oppure, nel caso di motivi etico-religiosi, il Modello di autocertificazione).

Per agevolare la presentazione, dal 3 luglio 2017 al 28 settembre 2017 le richieste saranno accettate anche nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 8:30 alle ore 13:00, previo appuntamento da fissare al numero 06.69620625.

Si precisa che:

- in caso di iscrizione all'asilo nido, alla scuola dell'infanzia, alla scuola primaria e alla scuola secondaria le domande, corredate di certificato medico (richiesta dieta speciale per motivi di salute) o di autocertificazione (richiesta dieta speciale per motivi etico-religiosi) devono essere presentate presso il Municipio, secondo le modalità sopraindicate, anche se già presentate nel precedente anno scolastico.
- negli altri casi, per le certificazioni presentate negli anni precedenti, al fine di verificare lo stato della pratica e agevolare eventuali operazioni di rinnovo, si invitano tutti gli interessati a contattare l'Ufficio Dietiste del Municipio XV al numero 06-69620625 a partire dal 01.07.2017.
- altresi si invita a contattare l'Ufficio Dietiste in caso di trasferimento presso altra scuola.
- In caso di ripristino dieta libera è necessario presentare certificato medico corredato di modulo di richiesta dieta

La Dietista  
Aurora Aiello

Il Direttore  
Francesca Ceccarini

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

RINNOVO     PRIMA RICHIESTA

**RICHIESTA DIETA SPECIALE  
MOTIVI ETICO/RELIGIOSI O DI SALUTE**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( )  
Prov.

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ ( ) Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Prov.

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale  documento (1) \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (2) del/la bambino/a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_  
Prov.

INF – PRIM – SEC classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ I.C. \_\_\_\_\_

**CHIEDE** (barrare la casella interessata)

la preparazione di una dieta speciale per:

**motivi di salute:** allegare il Modello "I" ( per patologia cronica e/o transitoria) il Modello "L" (per intolleranza e/o allergia) o in alternativa il certificato medico (redatto in base ai citati modelli)

**motivi etico/religiosi**

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

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 dal genitore o affidatario che esercita la patria potestà, in presenza del personale dell'Ufficio o sottoscritta a mezzo delega, unendo 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.

.....  
Per ricevuta della richiesta della dieta speciale \_\_\_\_\_

del/della bambino/a \_\_\_\_\_

scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ anno scolastico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Ufficio \_\_\_\_\_

**Modello L**  
**Richiesta dieta speciale per motivi di salute – intolleranze e/o allergia alimentare**

(da compilarsi a cura del medico curante)

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

COGNOME E NOME .....

DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A .....

VIA .....

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

MEDICO CURANTE .....

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

\_\_\_\_\_

*lucif*



**Modello I**

**Richiesta dieta speciale per motivi di salute – patologia cronica o transitoria**

(da compilarsi a cura del medico curante)

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

COGNOME E NOME.....

DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A .....

VIA .....

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

MEDICO CURANTE .....

SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)  
.....  
.....

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

GIORNI FREQUENZA     tempo pieno  
                                  modulo    specificare i giorni (.....)

**PATOLOGIA**

.....

.....

.....

.....

**TIPO DI DIETA DA SEGUIRE E/O ALIMENTI DA ELIMINARE**

.....

.....

.....

.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA  DAL.....

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE**

\_\_\_\_\_

*Autore*

Al Municipio Roma XV  
Ufficio Dietiste

Il/La sottoscritt.....

Genitore del bambin.....

Nato a .....il.....

Frequentante la scuola.....classe.....sez.....anno scolastico: 201./201.

Giorni frequenza: T.P.....**MODULO**.....giorni.....

chiede la somministrazione di una dieta speciale per fede religiosa.....

Tel.....

Roma

Firma