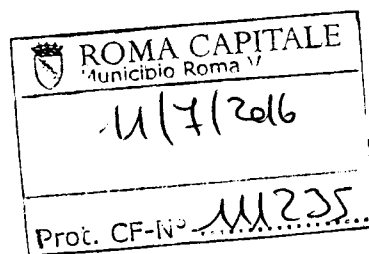


# ROMA



Municipio Roma V  
Direzione Socio Educativa



## AVVISO

### **Modalità per la richiesta o per il rinnovo delle diete speciali anno scolastico 2016/2017**

Si informano i genitori che hanno la necessità di richiedere per i propri figli una variazione di menù per motivi di salute, religiosi o vegetariani, che la domanda potrà essere presentata dal 01/09/2016 al 31/10/2016 presso le sedi e nei giorni di apertura al pubblico di seguito indicati:

- **Ufficio di Programmazione e Vigilanza Alimentare, Via Palmiro Togliatti, 983, 2° piano 2, telefono: 06 69607663 / fax 06 69607628**

- **Ufficio Dietiste Via dell' Acqua Bullicante, 28 bis, piano terra: telefoni: 06 69606662/664**

**Lunedì 9 – 13, martedì e giovedì ore 9.00 – 13/15.00 – 17.00.**

Le domande per motivi di salute dovranno essere corredate da certificazione medica (in originale) – munita di timbro, firma del medico e data, redatta su modulo apposito da ritirare presso i suddetti Uffici oppure scaricabili dal sito del Municipio V. Ogni eventuale correzione e/o cancellatura dovrà essere controfirmata dal medico stesso.

Il genitore è tenuto a comunicare, mediante nota scritta, 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 dell'Amministrazione.

Le diete già autorizzate nell'anno scolastico 2015/16 non dovranno essere rinnovate tranne nei casi in cui cambi il ciclo scolastico e /o in caso di variate esigenze.

Il Direttore  
Patrizia Piomboni



(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno Scolastico 2016/2017

COGNOME E NOME.....  
DATA DI NASCITA.....RESIDENTE A.....  
VIA.....  
TEL..... CELL.....  
PEDIATRA DI FAMIGLIA.....  
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, .....

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. \_\_\_\_\_

(barrare)

**CHIEDE**

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 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

la reintroduzione della Dieta Libera

**Allega alla presente istanza:**

1  certificato medico

2  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.

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

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

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

Data \_\_\_\_\_

Ufficio \_\_\_\_\_