



Ministero dell'Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO "GUGLIELMO PALLAVICINI"

COD.MECC. RMIC8B0005 COD. FISC.97196770586
via Don Pasquino Borghi 165 00144 ROMA - Ambito 6

tel. 06/5290710 - PEO rmic8b0005@istruzione.it PEC rmic8b0005@pec.istruzione.it sito: www.icpallavicini.edu.it

Circ. n. 169 del 10/03/2020

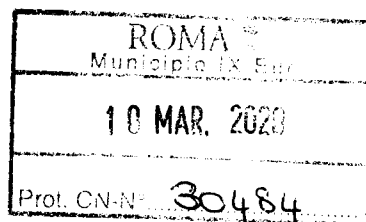
Alle famiglie degli alunni
Al sito – area pubblica
al Registro Elettronico

Oggetto: nota del Comune di Roma per richiesta diete speciali

Si trasmette la nota del Comune di Roma per chiarire modalità di invio della richiesta di diete speciali alla Direzione Socio Educativa.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Vito Triolo





Agli Istituti Comprensivi in Appalto e in Autogestione
del Municipio IX EUR

Oggetto: Emergenza sanitaria da COVID 19 - Indicazioni per i Servizi al Pubblico

Relativamente alle attività svolte dagli Uffici di Roma Capitale, al fine di applicare le norme nazionali e regionali di contenimento del diffondersi del Virus Covid-19, si rende necessario adottare misure precauzionali che pongano un'attenzione specifica ai servizi che prevedono **ricevimento del pubblico**. Limitatamente all'attuale periodo di emergenza e fino a nuova comunicazione, affinché possano proseguire tutte le attività legate al Servizio Educativo e Scolastico, si ritiene di dover disincentivare la necessità di spostamento dell'utenza presso gli uffici pubblici attraverso la promozione dell'utilizzo di mezzi informatici.

Nello specifico potrà essere trasmessa la documentazione per la **richiesta di diete speciali**, attraverso i seguenti indirizzi:

protocollo.municipioroma09@pec.comune.roma.it

upascuole.mun09@comune.roma.it

In entrambi i casi la certificazione medica con evidenza di timbro e firma del medico curante, dovrà essere corredata dalla modulistica, che si allega alla presente, debitamente compilata di seguito elencata e scaricabile dal sito www.comune.roma.it seguendo il percorso:

Servizi – Scuola – Ristorazione Scolastica e Diete Speciali – Modulistica diete speciali.

- Modulo 1: Richiesta dieta speciale compilato a cura del genitore;
- Modulo 2: Certificazione medica per dieta speciale per motivi di salute (o in alternativa un certificato medico in carta intestata) compilato a cura del medico;
- Modulo 3: Comunicazione cambio sede/trasferimento utente con dieta speciale per motivi di salute e/o etico-religiosi compilato a cura del genitore;
- Modulo di informativa trattamento dati personali debitamente firmato dal genitore.
- Eventuale delega corredata da documento di identità nel caso in cui si trasmetta la documentazione da indirizzi PEC o e-mail non riconducibili all'identità del richiedente;

Si invitano gli Spett.li Istituti Comprensivi in indirizzo a garantire la più ampia diffusione delle informazioni sopra indicate.

L'Ufficio Programmazione Alimentare è disponibile a rispondere a qualsiasi richiesta di informazione, ai seguenti numeri telefonici: **06 69612617/ 609/ 488/ 912**

L'occasione è gradita per porgere *Cordiali Saluti*

La P.O. del Servizio Educativo e Scolastico
Silvia Mencarini

Il Direttore della Direzione Socio Educativa
Luca Di Maio

- Prima richiesta
- Rinnovo
- Modifica dieta in corso
- Reintroduzione dieta libera

RICHIESTE DIETE SPECIALI PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI/SALUTE E REINTRODUZIONE DIETA LIBERA

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.

 **'arte 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 patria 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.

MODELLO N. 2

Certificazione medica per dieta speciale per motivi di salute

(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



Municipio _____
Modello n. 3

**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



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 _____