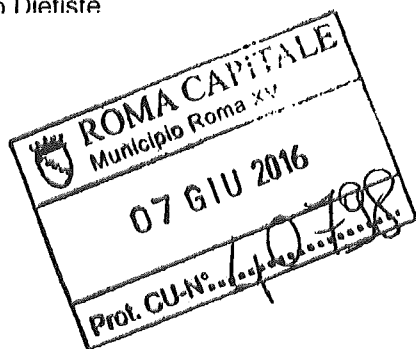


ROMA



Municipio Roma XV
Direzione Socio Educativa
Ufficio Dietiste



Ai Dirigenti degli I.C. Municipio XV
Alle POSES Scuola dell'Infanzia e
Asili Nido Comunali
e.p.c. Alla Ditta Serenissima
Alla Ditta Elior
Alla Ditta Pedevilla
Alla Ditta Sodexo

Oggetto: modalità di presentazione domande diete speciali anno scolastico 2016/17

I genitori degli utenti, frequentanti le scuole dell'Infanzia, nido, scuola primaria e secondaria di primo grado, dovranno recarsi presso l'Ufficio Dietiste sito in Via Flaminia n. 872, II piano, con l'apposito modulo debitamente compilato (modelli allegati):

- **Modello L** richiesta dieta speciale per intolleranze e/o allergie alimentari (compilato dal medico curante;
- **Modello I** richiesta dieta speciale per motivi di salute (patologia cronica o transitoria) compilato dal medico curante;
- **Modello per fede religiosa.**

L'ufficio preposto sarà aperto:

dal 29/08/2016 al 09/09/2016 tutti i giorni dalle ore 8.30 alle ore 14.30;

dal 12/09/2016 per tutto l'anno scolastico nelle giornate di martedì e giovedì dalle ore 8.30 alle ore 14.30.

Gli utenti affetti da Celiachia, Favismo, Fenilchetonuria, Prader Willi e gli utenti vegetariani, vegani e di fede religiosa, **CHE HANNO GIA' PRESENTATO LA DOMANDA NEGLI ANNI PRECEDENTI**, sono esentati dal rinnovo e dovranno contattare, via telefonica l'ufficio dietiste al n. 06/69620625 oppure via e-mail sveva.albertini@comune.roma.it, per confermare la dieta già presente nel centro refezionale.

Chi presentasse la domanda **PER LA PRIMA VOLTA**, per patologia cronica e intolleranze dovrà far compilare l'apposito modulo al medico curante e poi consegnarlo all'ufficio dietiste, mentre, gli utenti vegetariani, vegani e di fede religiosa dovranno recarsi presso l'ufficio dietiste e ivi compilare apposita richiesta.

I Dirigenti e le POSES sono invitati a trasmettere la presente nota e modulistica allegata, al corpo docente, al fine di far pervenire detta documentazione a tutti gli utenti interessati.

Si ringrazia per la collaborazione.

Cordialmente

Il Direttore
Francesca Ceccarini

Roma Capitale

Via Flaminia, 872 – 00191 Roma
tel. +39 06 69620 625 fax +39 06 69620 624
www.comune.roma.it
e-mail: mariapia.mariani@comune.roma.it

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

**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

Al Municipio Roma XV
Ufficio Dietiste

Il/La sottoscritt.....

Genitore del bambin.....

Nato ail.....

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