



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA UFFICIO  
SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO "VIALE F. SANTI, 65" ROMA  
VIALE F. SANTI 65 ROMA 00155 –  
TEL 06/45437633 FAX 06/4072139  
RMIC8B5008 – DISTRETTO N. 13 – C.F. 97567160581  
EMAIL [rmic8b5008@istruzione.it](mailto:rmic8b5008@istruzione.it) / [rmic8b5008@pec.istruzione.it](mailto:rmic8b5008@pec.istruzione.it)**



**REG. N. 4940  
UNI EN ISO 9001 :2008**

## **CIRCOLARE N. 2**

**Roma, 07/09/2018  
Prot. n. 3163/V.6**

**AI GENITORI DEGLI ALUNNI  
DELLA SCUOLA PRIMARIA  
E DELLE SCUOLE DELL'INFANZIA  
STATALE E COMUNALE**

Oggetto: Servizio di ristorazione scolastica – diete speciali anno scolastico 2018/2019.

Al fine di ottimizzare l'organizzazione del servizio di erogazione delle "diete speciali", si riassume la procedura da adottare secondo la seguente modalità;

- 1) **presentazione da parte del genitore alle dietiste del IV Municipio (ufficio dietiste via Tiburtina 1163 00156 – Roma tel. 0669605634/317) della richiesta secondo le indicazioni contenute nei modelli n. 1 - modello n. 2 - modello n. 3 di cui si allega copia, in base alle proprie esigenze personali.**

Si ricorda che la richiesta di dieta speciale, se invariata, è valida per l'intero ciclo scolastico.



**LA DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Marilisa MANCINO**



- 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 <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

in qualità di genitore <sup>(2)</sup> 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



**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 (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



**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. 195, 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

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 \_\_\_\_\_