



ROMA CAPITALE

Municipio VII

U.O.S.ECS

Area Educativa Culturale Sportiva

Ufficio Dietiste



Ai Dirigenti Scolastici
Istituti Comprensivi del Municipio VII
(ex X)

Ai Funzionari Educativi
Scuole dell'Infanzia Comunale
Municipio VII (ex X)

LL.SS.

Oggetto: Modalità rilascio/rinnovo diete speciali A.S. 2014/2015

Si trasmette, per opportuna conoscenza, una nota informativa contenente le modalità per il rilascio delle diete speciali, che si allega alla presente unitamente alla modulistica necessaria per richiedere o rinnovare un menu personalizzato (Mod. I e Mod.L)

Nello spirito di una fattiva collaborazione, si prega di dare massima diffusione alla nota allegata, tramite affissione in tutti i plessi scolastici in indirizzo.

Cordiali saluti

IL DIRIGENTE U.O.S.ECS
D.SSA GIOVANNA GIANNONI

All. 3 c.s.

MUNICIPIO VII

Sede di Piazza di Cinecittà, 11 – 00174 Roma

UFFICIO DIETISTE: +39 06.69610613

Protocollo Fax +39 0671542134

P.E.C. Municipio ex X: protocollo.mun10@pec.comune.roma.it



ROMA CAPITALE

Municipio VII

U.O.S.ECS

Area Educativa Culturale Sportiva

Ufficio Dietiste

Indicazioni per il rilascio o il rinnovo delle diete speciali A.S. 2014/2015 **Municipio Roma VII**

➤ **PRIMA RICHIESTA**

1. Diete speciali per motivi di salute e reintroduzione dieta libera.

Gli utenti interessati dovranno presentare all'ufficio Dietiste opportuna certificazione medica, rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria, **redatta secondo i moduli appositamente predisposti** (modulo per patologia / intolleranze e/o allergie alimentari) *allegati alla presente, che potranno essere ritirati presso l'ufficio oppure scaricati dal sito istituzionale del Comune di Roma nella pagina dedicata all'ufficio Dietiste.* (https://www.comune.roma.it/wps/portal/pcr?ippagecode=mun_x_uff_dietiste.wp)

L'Ufficio, dopo aver verificato la completezza e la conformità di detta certificazione medica provvederà ad inoltrarla alla ditta di ristorazione che provvederà a formulare il menu speciale

La certificazione medica dovrà essere consegnata IN ORIGINALE e sarà trattenuta dall'ufficio

In nessun caso l'ufficio provvederà a fornire fotocopie di detta certificazione

2. Diete speciali a carattere etico-religioso

Gli interessati potranno farne richiesta all'ufficio Dietiste

Le richieste, saranno evase entro 10 giorni dalla data di ricevimento della domanda.

➤ **RINNOVO MENU SPECIALI GIA' AUTORIZZATI NEL CORSO DELL'A.S. 2013-2014:**

Tutti i menu si intendono automaticamente rinnovati a condizione che:

- ✓ La tipologia di dieta speciale non abbia subito alcuna modifica
- ✓ La mensa di appartenenza sia invariata

Nel caso in cui si verificano delle variazioni (*tipologia dieta/mensa di appartenenza/passaggio dalla scuola materna alla elementare oppure dalla scuola elementare alla scuola media*) i menu dovranno essere rinnovati, **PRIMA** dell'inizio del nuovo anno scolastico, presso l'ufficio Dietiste nei giorni di ricevimento oppure contattando l'ufficio telefonicamente o via mail.

ORARIO RICEVIMENTO :

L'ufficio Dietiste è situato presso il Municipio VII (ex Municipio Roma X) in Piazza di Cinecittà 11, 00174



Modello L

Richiesta dieta speciale per motivi di salute – intolleranza/allergia alimentare

(da compilarsi a cura del medico curante)

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

COGNOME E NOME.....

DATA DI NASCITA

RESIDENTE A..... VIA.....

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

E-MAIL

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



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.....

E-MAIL

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