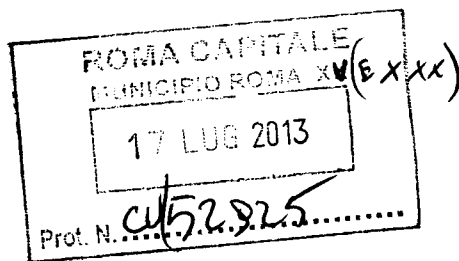




ROMA CAPITALE

Municipio Roma XV (ex XX) – U.O.S.E.C.S.
Ufficio Dietiste



Ai Dirigenti Scolastici:

I.C.
Castelseprio
Vibio Mariano
Baccano
K. Wojtyla
Via Cassia 1694
Via Cassia 18,700
Via Orrea
La Giustiniana
Parco di Vejo
Nitti
Maratona

Ai Funzionari Educativi
della Scuola dell'infanzia Comunale ed
Asili Nido del Municipio XX°

Oggetto: **Richiesta diete speciali anno scolastico 2013 /2014**

Si comunica alle SS.LL in indirizzo che per l'anno scolastico 2013/2014 i modelli di richiesta di vitto differenziato che il medico curante dovrà compilare, potranno essere scaricati dal sito Web del Municipio XV.

La richiesta dovrà essere presentata dal genitore presso l'Ufficio Dietiste sito in Via Flaminia n° 872 II° Piano, secondo gli orari ed i giorni previsti nell'avviso allegato.

Pregasi voler informare l'utenza del contenuto della presente.

Si ringrazia per la collaborazione e si inviano cordiali saluti.

P.O.S.E.C.S.
Dr.ssa Paola Starba

P Il Dirigente U.O.S.E.C.S.
Dr.ssa Silvana Basili



AVVISO

Diete speciali anno 2013 - 2014

Si riportano di seguito, le modalità di richiesta delle diete speciali per l'anno scolastico 2013/2014.

I genitori degli utenti ,frequentanti sia il nido che le refezioni scolastiche, dovranno recarsi presso l'Ufficio Dietiste sito in Via Flaminia n° 872 II° Piano, con l'apposito modulo debitamente compilato dal medico curante (modelli allegati):

Mod L richiesta dieta speciale per intolleranze e/o allergie alimentari

Mod I richiesta dieta speciale per motivi di salute – patologia cronica o transitoria nel seguente periodo:

Dal 9 /09/2013 al 13 /09/2013	Tutti i giorni dalle 8,30 alle 12,30 Martedì e giovedì dalle ore 8,30 alle 12,30 e dalle 14,00 alle 16,30
Dal 17/09/2013 in poi	Martedì e giovedì dalle ore 8,30 alle 12,30 e dalle 14,00 alle 16,30

Gli utenti **celiaci** già frequentanti sia gli asili nido comunali che la refezione scolastica, sono **esentati** dalla presentazione di rinnovo .

Per le richieste per fede religiosa e/o vegetariani è sufficiente una autocertificazione dei genitori da consegnare presso l'Ufficio Dietiste.

Il Dirigente UO SECS

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

Autoc.

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

Handwritten signature