

**Al Municipio XI
Ufficio Dietiste**

RICHIESTA di "Dieta speciale/individuale" o di Riattivazione Dieta libera
(N.B. I moduli devono essere compilati in modo chiaro, leggibile e completi in tutti i settori)

La/il sottoscritta/o (Cognome e nome) _____

Residente a: _____ C.A.P. _____

Via: _____ n° _____

Recapito Telefonico: Tel. _____ Cell. _____

CHIEDE per

(Cognome e nome Bambina/o in stampatello):

Nata/o il _____ Frequentante la Sezione: Piccoli ☺ Medi ☺ Grandi ☺

dell' ASILO NIDO _____

con Fascia Oraria: _____

◇ **Somministrazione di "Dieta speciale/individuale" per:**

Motivi Religiosi (indicare la Religione e gli alimenti da escludere) _____

osservanza delle indicate "Vigilie e/o Ricorrenze Religiose "dal _____ al _____
(dettagliare la tipologia degli alimenti che devono essere esclusi e/o somministrati)

Motivi Etici (indicare il tipo di Dieta e gli alimenti da escludere) _____

Motivi di SALUTE Presenta, pertanto, la certificazione di seguito contrassegnata da sottoporre
alla verifica della Dietista per l'accertamento della sua completezza ed idoneità:

1) **Modello C-Nido** (o Prescrizione medica redatta su carta intestata del professionista) per richiesta **Dieta speciale per utenti in fascia di età 3-18 mesi con specifiche esigenze alimentari**

2) **Modello C-Nido** (o Prescrizione medica redatta su carta intestata del professionista) per richiesta **Dieta speciale per motivi di salute** (intolleranze e/o allergie alimentari, altre patologie croniche o transitorie)

◇ **Reintroduzione di Dieta normale: Presenta apposita Certificazione del medico curante**

INFORMATIVA: I DATI SARANNO TRATTATI E CONSERVATI AI SENSI E PER GLI EFFETTI PREVISTI DAL D.L. n. 196/93 e S.M.I.

DATA _____

(FIRMA DEL RICHIEDENTE)

- Modulo di PRESCRIZIONE MEDICA per Dieta speciale -

(Riservato al PEDIATRA/MEDICO curante - Per cortesia compilare in modo chiaro, dettagliato e leggibile)

La/il bambina/o (Cognome e Nome in stampatello)

Nata/o il _____ Frequentante la Sezione: Piccoli ☺ Medi ☺ Grandi ☺

dell' ASILO NIDO _____ con Fascia Oraria: _____

**Ha necessità di OSSERVARE UNA DIETA SPECIALE, FINO A.....
da elaborare secondo quanto di seguito specificato per:**

1) "Fascia di età 3-18 mesi"

(specificare gli alimenti/prodotti/bevande che il bambino DEVE NECESSARIAMENTE assumere in alternativa a quelli previsti dal Nido. - vedi NOTA (*))

.....
.....
.....

2) "ALLERGIE e/o INTOLLERANZE ALIMENTARI", ALTRE PATOLOGIE (Croniche o Transitorie):

DIAGNOSI (la diagnosi deve essere documentata da accertamenti clinici validati dalla letteratura scientifica):

- **DIETA priva di:**

.....
.....
.....

In Sostituzione DEVE NECESSARIAMENTE ASSUMERE (*):

.....
.....
.....

NOTA (*): specificare il/i prodotto/i ed i relativi quantitativi che il bambino deve assumere (per il latte indicare anche se liquido o in polvere). Se necessita di acqua in bottiglia per bere e/o diluire il latte occorre l'indicazione della tipologia/marca.

REINTRODUZIONE "DIETA NORMALE" dal

DATA.....

TIMBRO E FIRMA del Pediatra/Medico curante

.....

“INDICAZIONI per la RICHIESTA di “DIETE SPECIALI” per gli utenti degli ASILI NIDO del Municipio Roma XI”

All' attenzione dei genitori dei bambini appartenenti ai gruppi e/o alle esigenze di seguito specificati:

Bambini con esigenza di “Regimi alimentari diversificati” per motivi Etico-Religiosi

Consegnare il Mod. B – Nido compilato in modo chiaro, leggibile e sottoscritto dal genitore.

Bambini nella fascia di età 3 – 18 mesi

I genitori degli utenti che hanno necessità di assumere **un particolare “tipo” di Latte, di Biscotto e/o altro/i prodotto/i-DIVERSO/i da quelli in uso nel Nido** - devono consegnare il **Modulo B-Nido** compilato in modo chiaro e leggibile **con allegata relativa PRESCRIZIONE MEDICA (Modello C-Nido predisposto o carta intestata del professionista)** redatta in modo chiaro e leggibile, **provvista di data, firma e timbro del Medico**, completa di: cognome e nome del bambino, **periodo nel quale è necessario osservare la prescrizione**, indicazione del/i prodotto/i e dei relativi quantitativi che il bambino deve assumere (per il latte specificare se liquido o in polvere) con la dicitura **“deve necessariamente assumere...”** ed eventuale indicazione del **“nome commerciale”** del prodotto, se utile ad identificare con assoluta certezza uno specifico alimento.

Bambini nella fascia di età 3 – 36 mesi con esigenza di seguire una “Dieta diversificata” per Motivi di salute:

Allergie /Intolleranze alimentari – Patologie croniche o transitorie

È necessario consegnare il **Modulo B-Nido** compilato in modo chiaro, leggibile **con allegata relativa PRESCRIZIONE MEDICA (Modello C-Nido predisposto o carta intestata del professionista)** redatta in modo chiaro e leggibile, **provvista di data, firma e timbro del Medico**, completa di: cognome e nome del bambino, **periodo nel quale è necessario osservare la prescrizione**, **DIAGNOSI, dettaglio degli alimenti che devono essere esclusi e di quelli che devono essere somministrati in sostituzione** (per i biscotti ed il latte indicare anche i rispettivi quantitativi e per il latte specificare se liquido o in polvere), con la dicitura **“deve necessariamente assumere...”** e con l'eventuale indicazione del **“nome commerciale”** del prodotto, se utile ad identificare con assoluta certezza uno specifico alimento.

RIATTIVAZIONE del “Regime alimentare comune –Dieta normale” nel corso dell'anno educativo

Il genitore deve presentare il **Modulo B-Nido e Certificazione medica (Modello C-Nido con data, timbro e firma del professionista)** che attesti l'idoneità del bambino a seguire il regime ordinario.

N.B.: Non potranno essere accolte richieste/certificazioni incomplete e/o sprovviste dei requisiti richiesti

Le richieste e relative certificazioni di cui ai punti 1), 2) e 3) devono essere RINNOVATE all'inizio di ciascun anno educativo.

La Dietista del Municipio, **se valutata positivamente la documentazione presentata**, provvederà ad **Autorizzare la somministrazione della Dieta richiesta**.

N.B.: Il personale addetto alla preparazione dei pasti è tenuto ad eseguire **ESCLUSIVAMENTE e SOLTANTO** quanto autorizzato ed indicato dalla Dietista del Municipio.

Solo in caso di indisposizione temporanea, non superiore a 3 giorni consecutivi, il genitore può presentare, direttamente al Nido, richiesta scritta di un “menù leggero”, da effettuarsi entro le ore 9 del giorno in cui viene consumato il pasto.

Le richieste vengono accolte, presso la sede di via Lupatelli n° 7, nei seguenti orari:

il LUNEDI' ed il MARTEDI' dalle 9,00 alle 10,30

il GIOVEDI' dalle 15,30 alle 16,45

In caso di particolari necessità, per presentare la documentazione in orari e/o giorni diversi, è INDISPENSABILE richiedere un APPUNTAMENTO

Nei periodi di chiusura del Nido le domande si accettano SOLO previo appuntamento

(TELEFONO 06 69615681 - FAX 06 69615614)

Nota: Estensioni dell'orario, previste per l'inizio dell'anno educativo (mese di settembre), saranno comunicate sul sito **www.comune.roma.it** nelle pagine dedicate al Municipio XI.

Mod. G - Scuola

Al Municipio XI
Ufficio Dietiste

Anno scolastico _____

PRIMA RICHIESTA AGGIORNAMENTO

**RICHIESTA DIETA SPECIALE
MOTIVI ETICO/RELIGIOSI O DI SALUTE**

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()

Prov. _____

il _____ e residente in _____ () Via/piazza _____

Prov. _____

n. _____ CAP _____ tel _____ cell. _____

e-mail _____

Codice Fiscale documento(1) _____

n. _____ rilasciato il _____ dal _____

In qualità di genitore (2) del/la bambino/a _____ / _____

nome _____

cognome _____

nato/a a _____ () il _____ scuola _____

Prov. _____

INF - PRIM - SEC classe _____ sez _____ Via _____ I.C. _____

(barrare)

CHIEDE

la preparazione di una dieta speciale per:

motivi di salute: allegare il Modello "I" (per patologia cronica e/o transitoria) il Modello "L" (per intolleranza e/o allergia) o il certificato medico (redatto in base ai citati modelli)

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:

1 certificato medico

2 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. 315 del Codice Civile. Di contro si ravviserà dichiarazione mendace penalmente perseguibile ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

Per ricevuta della richiesta della dieta speciale _____

del/della bambino/a _____

scuola _____ classe _____ sez. _____ anno scolastico _____

Data _____

Ufficio _____

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

med.

**<< ISTRUZIONI per la RICHIESTA di "DIETE SPECIALI" per motivi di:
Salute (Allergie/Intolleranze alimentari, Patologie croniche o transitorie), Religiosi, Etici.
Utenti della Sez. Ponte, Scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria e Media del Municipio Roma XI >>**

Per utenti con specifiche esigenze nutrizionali è possibile richiedere dei Menù diversificati rispetto al "Menù comune", adeguati alle necessità individuali, attenendosi alle seguenti istruzioni:

Consegnare il Modulo G - Scuola (compilato in modo completo, chiaro e leggibile), esibendo al personale dell'Ufficio un documento di riconoscimento in corso di validità. In caso di delega è necessario allegare alla stessa una copia del documento, in corso di validità, dell'interessato/genitore/esercitante la patria potestà.

- Per Utenti con esigenza di seguire una Dieta personalizzata per Motivi di salute: "Allergie/Intolleranze alimentari" - "Patologie croniche o transitorie" = allegare - a seconda dei casi- il Modulo I (Patologia cronica o transitoria o Modulo L (Allergie/Intolleranze alimentari) redatti in modo completo e dettagliato Deve essere obbligatoriamente riportata la patologia e la tipologia di dieta da seguire o, in alternativa, gli alimenti da eliminare. Devono essere obbligatoriamente riportate la diagnosi, la sintomatologia, eventuali annotazioni, ovvero l'indicazione dell'allergene/ingrediente/sostanza da escludere dalla dieta/indicazione dieta priva di.....) **provvisi di data, timbro e firma del Medico curante.**

Avviso: Con prescrizione di Dieta che esclude le *Proteine del latte vaccino*, viene eliminata anche la carne bovina - salvo diversa indicazione del medico curante, Dieta che esclude l'*Uovo e Affini (o derivati)* vengono eliminati anche la carne di Pollo, di Tacchino e la Mela - salvo diversa indicazione del medico curante. Per *Patologie dismetaboliche (es. iperinsulinemia, diabete, ecc...)*, *nefropatie/iperezotemia, ecc...*, è necessario che il medico indichi tipologia e relativo quantitativo di alimento/i o di macronutriente/i da somministrare ad ogni pasto consumato a scuola (Spuntino delle ore 9,30 e Pranzo).

Certificazione medica, non redatta sui previsti Moduli I o L predisposti dall'Amministrazione, potrà, comunque, essere accolta, se presentata in originale e completa di tutti i dati richiesti nei citati moduli. Qualora detta certificazione è costituita da più pagine, ciascuna di questa deve essere, inequivocabilmente, riconducibile all'utente ed alla prescrizione sanitaria.

Ogni eventuale correzione, aggiunta o cancellatura devono essere controfirmate dal medico.

N.B: Non potranno essere accolte prescrizioni mediche incomplete e/o sprovviste dei requisiti richiesti

Il modulo "I" o il modulo "L", ovvero il certificato medico presentato per la richiesta di dieta, salvo diversa indicazione del medico, o fino alla presentazione di nuova certificazione che modifichi o annulli la precedente per sopraggiunte e mutate esigenze, è valido per la durata di ogni ciclo scolastico (Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado. Pertanto, nel passaggio dalla scuola dell'infanzia alla primaria e da questa alla secondaria di I grado, dovrà essere presentata nuova documentazione medica.

In caso di **TRASFERIMENTO** dell'utente in altra scuola, E' **OBBLIGATORIO** presentare al Municipio - Ufficio Dietiste, relativa comunicazione scritta. In tal caso NON sarà necessario produrre nuova certificazione medica.

La Dietista del Municipio, **se valutata positivamente la documentazione presentata**, provvederà ad attivare la procedura per dare corso alla somministrazione della Dieta richiesta.

- Per la **RIATTIVAZIONE** della "**DIETA LIBERA**" = consegnare il **Modulo G-Scuola** (compilato come descritto sopra) con allegato il **Modulo I o L** o certificazione equivalente (presentata in originale e completa dei dati richiesti nei citati moduli) che attesti l'idoneità dell'utente a seguire il regime ordinario, **provvisto/a di data, Timbro e Firma del Medico curante.**

N.B: Il personale della Ditta che eroga il servizio di refezione scolastica è tenuto a somministrare **DIETE SOLO SE AUTORIZZATE** dalla Dietista del Municipio.

E' prevista, eccezionalmente ed attuabile per un massimo di tre giorni consecutivi, la somministrazione di "Dieta leggera", previa richiesta firmata dal genitore e consegnata all'insegnante.

**Le richieste vengono accolte, presso la sede di via Lupatelli n° 7, nei seguenti orari:
il LUNEDI' ed il MARTEDI' dalle 9,00 alle 10,30 # il GIOVEDI' dalle 15,30 alle 16,45**

**In caso di particolari necessità, per presentare la documentazione in orari e/o giorni diversi,
è INDISPENSABILE richiedere un APPUNTAMENTO**

**Nei periodi di chiusura delle Scuole le domande si accettano SOLO previo appuntamento
(TELEFONO 06 69615681 - FAX 06 69615614)**

Nota: Estensioni dell'orario, previste per l'inizio dell'anno scolastico (mese di settembre), sono comunicate sul sito www.comune.roma.it nelle pagine dedicate al Municipio XI.