



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
ISTITUTO COMPRENSIVO "C. COLOMBO "
Via dell'Ippocampo, 41- 00054 FIUMICINO
06/65210784 - FAX 06/65210777 - Email: mic83800a@istruzione.it - PEC: mic83800a@pec.istruzione.it
Codice meccanografico: RMIC83800A

Circ. n. 189

ALLE FAMIGLIE DEGLI ALUNNI CHE USUFRUISCONO DEL SERVIZIO MENSA
AL PERSONALE INTERNO – INTERO ISTITUTO
AGLI ATTI

Fiumicino, 24 febbraio 2021

Oggetto: Rinnovo della certificazione per la richiesta di menu alternativo – Servizio refezione scolastica

Si trasmette in allegato l'Avviso del Comune di Fiumicino – Servizio Refezione Scolastica relativo al rinnovo della certificazione per usufruire del menu alternativo in caso di intolleranze, allergie o problemi alimentari.

Le richieste dovranno essere consegnate, previo appuntamento, presso l'ufficio competente come indicato nella nota allegata. Le richieste inviate alla scuola non saranno trasmesse.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
DOTT.SSA LETIZIA FISSI
*Documento firmato digitalmente
ai sensi del D.lgs. 82/2005*



CITTÀ DI
FIUMICINO

AREA POLITICHE SOCIALI E SCOLASTICHE

CITTA' DI FIUMICINO

17 FEB. 2021

Protocollo N. 24040

AVVISO
A TUTTI I GENITORI
dei BAMBINI che PRESENTANO ALLERGIE INTOLLERANZE
ALIMENTARI o PATOLOGIE MEDICHE

Tutti i genitori dei bambini che usufruiranno del Servizio di Refezione Scolastica presso le Scuole Statali o Comunali del Comune di Fiumicino durante l'Anno Scolastico 2020/2021, che per problemi di allergie, intolleranze o patologie mediche necessitano di un menù alternativo, dovranno presentare idonea certificazione medica attestante la patologia del proprio figlio, presso l'ufficio della dietista.

A tal fine dovranno compilare il “modulo per intolleranze e/o allergie alimentari” che potranno reperire sul sito istituzionale del comune “www.comune.fiumicino.rm.it”

Al suddetto modulo dovrà essere allegata la certificazione medica attestante la patologia, con la specifica degli alimenti consentiti o da escludere (potrà essere utilizzato il “mod. 1”).

La certificazione è valida per l'anno in corso e deve essere ripresentata ad ogni inizio di anno scolastico anche se la situazione medica è invariata.

Tale documentazione dovrà poi essere consegnata, previa appuntamento, presso l'ufficio della dietista sito in P.zza Gen. C.A. Dalla Chiesa n. 10 – Fiumicino tel.06/65.210.128 – mail daniela.rubegni@comune.fiumicino.rm.it,

LA DIETISTA
Daniela Rubegni

IL DIRIGENTE
Dott. Fabio Sbrega



CITTÀ DI FIUMICINO

AREA POLITICHE SOCIALI E SCOLASTICHE

ANNO SCOLASTICO ____ - ____

MODULO PER INTOLLERANZE e/o ALLERGIE ALIMENTARI

COGNOME E NOME del bambino _____ Data di nascita _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL. _____ CELL. _____

MEDICO DI BASE DEL BAMBINO _____

IL BAMBINO FREQUENTA:

LA SCUOLA _____ CLASSE _____ SEZ _____ Giorni di frequenza: <input type="checkbox"/> Tempo Pieno – <input type="checkbox"/> Modulo (SPECIFICARE I GIORNI: _____)

● SINTOMATOLOGIA DETTAGLIATA

- GASTROENTEROLOGICA _____
- CUTANEA _____
- RESPIRATORIA _____
- ANAFILASSI _____
- ALTRO _____

● ACCERTAMENTI ESEGUITI

RAST PRICK ALTRO (specificare) _____

DIAGNOSI _____

DIETA DI ESCLUSIONE

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA

Ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 (GDPR) i dati trattati e conservati con procedimenti e strumenti idonei a garantire la riservatezza e la segretezza. CONSENSO: Il/La sottoscritto/a in qualità di preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsente al trattamento e alla conservazione dei dati sensibili relativi al minore al fine dell'elaborazione dei provvedimenti necessari. Esprime, inoltre, il suo consenso affinché detti dati siano trattati con mezzi informatici e telematici, che ne consentano la conservazione e l'elaborazione, anche assieme ad altri soggetti, in base a criteri ricorrenti.	Firma del genitore
---	---------------------------

*****Si avvisano i genitori che la comunicazione alla ditta di ristorazione scolastica relativa a intolleranze/allergie/patologie mediche avverrà nei sette giorni successivi alla presentazione del certificato.**

