



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

Circ. n. 211

ALLE FAMIGLIE DEGLI ALUNNI CHE USUFRUISCONO DEL SERVIZIO MENSA  
AI DOCENTI – INTERO ISTITUTO  
AGLI ATTI

Fiumicino, 22 marzo 2021

Oggetto: Rinnovo certificazione per allergie, intolleranze alimentari o patologie mediche – servizio refezione scolastica

Si trasmette in allegato la comunicazione del Servizio Refezione del Comune di Fiumicino relativa all'oggetto.

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



**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](http://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](mailto: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.	<b>Firma del genitore</b>
---	---------------------------

**\*\*\*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.**

