



Ministero dell' Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

ISTITUTO COMPRENSIVO PIAZZA DE CUPIS

Piazza Cesare De Cupis, 20 -00155 Roma Tel. 062280672 Fax 0622773406

e-mail RMIC8E0001@ISTRUZIONE.IT- pec RMIC8E0001@PEC.ISTRUZIONE.IT

C.F.: 97713560585- C.U.: UFG3NS

Ai Referenti di Plesso

Ai docenti dei tre settori educativi

Alle Famiglie

Al sito della scuola

Circolare 26

Oggetto **Procedura di Trasmissione Richieste Diete Speciali Emergenza Covid 19**

Si allega alla presente la comunicazione del Municipio V Ufficio Programmazione Alimentare per la procedura di richiesta diete speciali.

Il Dirigente Scolastico

Prof. ssa Lucia De Michele

Firma sostituita a mezzo stampa art. 3, co. 2, D.lgs. 39/93

Roma, 11 settembre 2020

PROCEDURA DI TRASMISSIONE RICHIESTE DIETE SPECIALI – Emergenza Covid-19

In considerazione dell'attuale emergenza Covid-19, al fine di tutelare la salute dell'intera collettività riducendo quanto più possibile qualsiasi forma di contatto interpersonale, le procedure di trasmissione delle richieste di diete speciali finora utilizzate sono state modificate, così come stabilito dal Dipartimento Servizi Educativi e Scolastici, come di seguito descritto.

Il Servizio di Ristorazione Scolastica di Roma Capitale prevede, per tutti gli utenti che usufruiscono del servizio mensa di tutte le strutture educativo-scolastiche di qualsiasi ordine e grado: nidi, scuole dell'infanzia, primarie e secondarie, che siano concesse alternative ai pasti dei menù ordinari nei seguenti casi:

a) motivi di salute;

b) motivi etici e religiosi ().**

Oltre alla prima richiesta, ulteriori istanze vanno presentate esclusivamente in caso:

- di cambio del ciclo scolastico (p. es.: da Scuola Infanzia passa a Scuola Primaria);
- ogni qualvolta sia necessaria una modifica della dieta rispetto alla precedente ;
- in seguito a trasferimento in altra scuola nell'ambito dello stesso ciclo scolastico.

L'ufficio a cui rivolgersi in caso di dubbi o per informazioni è:

Ufficio Programmazione Alimentare del Municipio V

tel. 06 69607663-692-628

INOLTRO DELL'ISTANZA

L'istanza può essere sin da subito inoltrata al Municipio V, esclusivamente in modalità telematica, all'indirizzo PEC protocollo.municipioroma05@pec.comune.roma.it in modalità "RISERVATA", oppure, solo laddove l'inoltro per PEC non fosse possibile, attraverso posta elettronica ordinaria all'indirizzo mail dedicato dietespeciali.mun05@comune.roma.it

L'Ufficio Programmazione Alimentare, in caso di richieste di diete speciali particolarmente complesse o di dubbia formulazione, si riserva di contattare gli utenti interessati e, nel caso si ritenesse ulteriormente necessario, convocarli presso la sede del Municipio tramite appuntamento e nel rispetto delle misure di sicurezza vigenti.

REQUISITI NECESSARI PER L'ACCETTAZIONE DELL'ISTANZA

La domanda può essere presentata prima dell'inizio dell'anno scolastico o, in caso di necessità, durante l'anno scolastico, da uno dei genitori (di comune accordo con l'altro) o da chi ne fa le veci o dal tutore, nonché dai fruitori aventi diritto al servizio mensa, allegando i seguenti documenti:

- sia per le richieste per **motivi di salute** che per quelle di tipo **etico-religioso** ed anche per il **rispristino dieta libera:**

- 1) **modello n.1**, obbligatoriamente compilato in tutte le sue parti **in stampatello** e debitamente firmato;
- 2) **informativa sul trattamento dei dati personali** ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679" , **allegata al modello di cui sopra**, debitamente compilata e firmata da chi ha presentato l'istanza di cui al modello 1;
- 3) **copia fronte-retro del documento d'identità in corso di validità del richiedente;**

- **solo in caso di richieste per motivi di salute ed eventuale ripristino dieta libera collegato a pregressi motivi di salute allegare anche:**

- 4) **copia della certificazione medica, scansionata a colori.** Tale certificazione, per essere presa in considerazione, deve indicare e riportare in modo preciso, inequivocabile, senza correzioni ed assolutamente leggibile quanto segue:
 - ✓ la **DIAGNOSI** (allergia, intolleranza, obesità , diabete, celiachia, etc..)
 - ovvero **DIAGNOSI PREGRESSA** in caso di dichiarazione ripristino dieta libera ;
 - ✓ l'**ALIMENTO/I o COMPONENTE/I ALIMENTARE/I** vietati nelle diete che richiedono esclusioni singole o multiple specificando **se devono essere esclusi anche se presenti solo in "tracce"** ;
 - ✓ la **PRESCRIZIONE**, la **GRAVITA'** e i **RISCHI** in caso di allergia con possibilità di anafilassi grave;
 - ✓ l'eventuale **DURATA** in caso di dieta temporanea;
 - ✓ lo **SCHEMA DIETETICO** e/o le **GRAMMATURE** intestate al paziente di riferimento,
 - se necessari in base alla patologia trattata (es: diabete, fenilchetonuria, etc.);
 - ✓ **TIMBRO** e **FIRMA** del medico compilatore apposta obbligatoriamente anche sugli eventuali schemi dietetici e grammature personalizzate presentati;
 - ✓ **DATA** di **COMPILAZIONE** recente.

N.B.: Non saranno accettati i seguenti certificati:

- contenenti diagnosi non specifiche, indicazioni generiche come " non gradisce... rifiuta...è ipersensibile... non assume....deve seguire dieta in bianco...non mangia carni rosse..."

I certificati devono essere riferiti a patologie, allergie e intolleranze specifiche e non devono essere in contraddizione con l'esclusione di un alimento, anche in fase di accertamento;

- recanti altre indicazioni generiche che possono causare confusione nella scelta degli alimenti come, ad esempio, l'indicazione ad escludere un'intera categoria merceologica o commerciale come cereali, latticini, semi, tuberi, legumi...oppure escludere una preparazione gastronomica e non gli ingredienti che hanno permesso di produrla (ad esempio pasta al pesto, minestrone, frittata alle verdure, pasta ripiena, pesce impanato...).

****ALL'ATTENZIONE DEI RICHIEDENTI DIETA PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI di cui alla lettera b)**

Il modello n.1 dovrà:

✓ essere obbligatoriamente compilato in stampatello in modo perfettamente leggibile in tutte le sue parti, e debitamente firmato insieme all'informativa privacy allegata;

✓ SI POTRÀ INDICARE UNA SOLA SCELTA TRA LE SEGUENTI possibilità' di variazione di menù :

* SENZA CARNE DI MAIALE

* SENZA CARNE BOVINA

* SENZA CARNI DI BOVINO E DI MAIALE

* SENZA TUTTI I TIPI DI CARNE

* SENZA CARNE E PESCE

* SENZA TUTTI GLI ALIMENTI ORIGINE ANIMALE (se questo menù è rivolto ad un bambino sotto il terzo anno di vita, si dovrà allegare anche CERTIFICAZIONE MEDICA in cui il curante attesterà di essere a conoscenza che il bimbo in questione segue un regime dietetico in totale assenza di assunzione di proteine animali.)

* SENZA GRASSO ANIMALE, MAIALE, LATTICINI E CARNE

NELLO STESSO PASTO, PESCE

PRIVO DI SQUAME, LISCHE O

PINNE, UOVA CHE CONTENGONO

SANGUE, FORMAGGI PRODOTTI CON

CAGLIO ANIMALE, PRODOTTI LIEVITATI

* SENZA TUTTI I TIPI DI CARNE

IL MERCOLEDÌ DELLE CENERI E I

VENERDÌ DI QUARESIMA

* SENZA CARNE, LATTE, UOVA

OGNI MERCOLEDÌ E VENERDÌ, TUTTI I

GIORNI DAL 15 NOVEMBRE AL 24

DICEMBRE E DURANTE IL PERIODO DI QUARESIMA.

N.B.: In tutti i casi è importante sottolineare che:

- l'avvio di una nuova pratica annulla la precedente e quindi, ogni istanza/certificato ed altri eventuali allegati prodotti per le modifiche di una dieta già in corso dovranno sempre rappresentare il completo e totale aggiornamento della situazione al momento in cui si presentano come fosse la prima volta;
- quando viene vietato un alimento, saranno esclusi dalla dieta:
 - l'alimento tal quale;
 - i prodotti alimentari in cui tale alimento è presente come ingrediente;
 - i prodotti alimentari in cui tale alimento è presente come derivato o coadiuvante tecnologico o come contaminante derivante dal procedimento di lavorazione del prodotto stesso .

- la deroga all'iter procedurale pre-Covid-19 ed all'art. 49 del D.P.R. 445/2000, che prevede che tutti i certificati medici devono essere consegnati in originale, è correlata al perdurare dello stato di emergenza sanitaria.

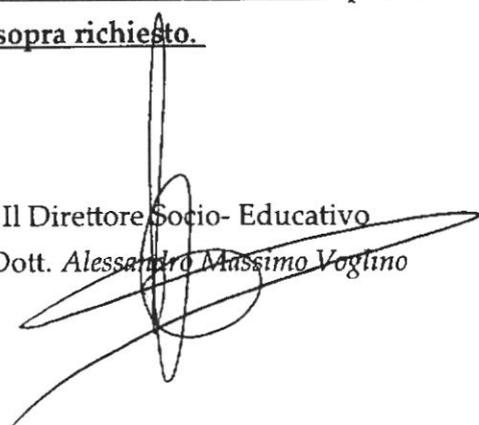
Tutti i modelli necessari per la presentazione della domanda sono scaricabili dal sito del Municipio V.

Non saranno accettate le istanze incomplete anche di uno solo dei documenti sopra richiesti, con correzioni pasticciate e poco chiare rispetto a quanto sopra richiesto.

Per l' Ufficio Programmazione Alimentare
Dietista *Annamaria Consolini*



Il Direttore Socio- Educativo
Dott. *Alessandro Massimo Voglino*



ALL'UFFICIO PROGRAMMAZIONE ALIMENTARE Municipio V

Anno educativo/scolastico 2020/2021

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE E/O ETICO RELIGIOSI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ () il _____
e residente in _____ () Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Codice Fiscale _____ Tel/Cell. _____

e-mail _____

Doc. d'Identità (che allega alla presente) _____

In qualità di genitore, tutore del/della bambino/a

NOME _____ COGNOME _____

Nato/a a _____ () il _____ Frequentante la mensa della

scuola/nido _____ ubicato nel territorio del Municipio V

in Via/ Piazza _____ n. _____ Classe _____ Sezione _____

tutti i giorni lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì

CHIEDE

a) LA PREPARAZIONE DI UNA DIETA SPECIALE PER:

motivi di salute (si allega tutta la documentazione obbligatoria e conforme agli originali come da avviso " procedura diete speciali a.sc. 2020/2021" di cui alla sezione "richiesta per motivi di salute")

motivi etico religiosi scegliendo, come da indicazioni impartite dall' avviso procedura diete speciali a.sc. 2020/2021, il menù **SENZA** _____

(si allega tutta la documentazione obbligatoria e conforme agli originali come da avviso " procedura diete speciali a.sc. 2020/2021" di cui alle indicazioni per richiesta dieta per motivi etico-religiosi". Per i bimbi sotto i tre anni con dieta senza proteine animali, si allega certificato medico come da indicazioni impartite dallo stesso avviso di cui sopra)

b) LA REINTRODUZIONE DELLA DIETA LIBERA (si allega CERTIFICATO MEDICO e/o tutta la documentazione obbligatoria e conforme agli originali come da indicazioni impartite da avviso " procedura diete speciali a.sc. 2020/2021" di cui alla sezione dedicata)

Data _____

Firma leggibile del genitore o esercente la patria potestà

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; si rammenta che la domanda è legittimamente presentata dal genitore se sottintende il comune accordo con l'altro genitore ai sensi dell'art. 316 del Codice Civile. Di contro si ravviserà dichiarazione mendace penalmente perseguibile ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

SEZIONE RISERVATA ALL'UFFICIO- NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE

NUMERO D'ORDINE _____ DEL ____/____/____

LA DOCUMENTAZIONE PRESENTATA E' CONFORME NON CONFORME

FIRMA DIETISTA MUNICIPIO V

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

(ai sensi dell' art. 13 del GDPR 2016/679 General Data Protection Regulation)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n.2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue.

1. Finalità del trattamento

I dati da Lei forniti verranno utilizzati per la gestione del procedimento nell'ambito dell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione.

2. Modalità del trattamento e conservazione

Il trattamento verrà effettuato con procedure prevalentemente informatizzate (e in via residuale tramite strumenti manuali e/o cartacei) idonee a garantire la loro sicurezza e riservatezza, dai dipendenti nell'ambito delle Unità Organizzative dell'Amministrazione interessate al procedimento. Nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679, i dati saranno conservati per il tempo necessario al completamento del procedimento e in ogni caso, in coerenza con le norme vigenti in materia.

3. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 è obbligatorio e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta la rinuncia al procedimento.

4. Comunicazione e diffusione dei dati

Nel caso in cui l'utente scelga un servizio gestito in tutto o in parte da altro soggetto, i suoi dati verranno comunicati, come richiesto e/o previsto, ai singoli gestori che opereranno come responsabili per il trattamento connesso all'erogazione dei servizi di propria competenza. I dati raccolti non sono oggetto di diffusione né di comunicazione a ulteriori soggetti, salvo i casi previsti da specifiche disposizioni di legge. I dati raccolti non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

5. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento dei dati personali è Roma Capitale: Palazzo Senatorio, via del Campidoglio n. 1, 00186 Roma - PEC: protocollo.gabinettosindaco@pec.comune.roma.it

6. Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati di Roma Capitale è contattabile ai seguenti indirizzi: mail: rpd@comune.roma.it - PEC: protocollo.rpd@pec.comune.roma.it

7. Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma che sia in corso un trattamento dei dati personali che La riguardano e, in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al Titolare o al Responsabile della protezione dei Dati personali.

8. Modalità di esercizio dei diritti

Ricorrendo i presupposti, Lei potrà proporre eventuale reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE- 2016/679 e artt. da 140-bis a 143 del Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al Regolamento). Il reclamo potrà essere consegnato a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:

- a) raccomandata A/R indirizzata a: Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma;
- b) messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a: protocollo@pec.gpdp.it

Il sottoscritto/la sottoscritta, alla luce dell'informativa ricevuta, con la sottoscrizione del presente modulo, **ACCONSENTE** al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa sopra riportata.

Letto, confermato e sottoscritto.

Roma, li

Firma.....



MODELLO N. 2

Certificazione medica per dieta speciale per motivi di salute (patologia cronica o transitoria, intolleranza/allergia alimentare, ritorno a dieta libera)

(da compilarsi a cura del medico curante)

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

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A

VIA

TEL. CELL.

MEDICO CURANTE

NIDO/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

DATA COMPILAZIONE _____