



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo Fregene - Passoscuro
RMIC8DH001 - Distretto 22 - Via Portovenere 145– 00054 Fiumicino (RM)
Tel. 06 65210835
✉ rmic8dh001@istruzione.it; rmic8dh001@pec.istruzione.it

Circolare N° 126

Fregene, 22 febbraio 2021

Al personale docente
Scuola dell'Infanzia
Scuola Primaria
Scuola Secondaria di I grado

Al DSGA e Personale ATA

Alle famiglie

Oggetto: Comunicazione intolleranze e allergie alimentari.

L'assessorato alla scuola del Comune di Fiumicino ha trasmesso alle scuole l'avviso in allegato, comprensivo della relativa modulistica, per la segnalazione degli alunni che presentano allergie o intolleranze alimentari e che usufruiscono del servizio di refezione scolastica durante l'anno scolastico 2020-2021.

Si ricorda che la certificazione va presentata ad ogni inizio di anno scolastico anche se la situazione medica è invariata.

In allegato tutte le indicazioni per la riconsegna presso l'ufficio della dietista del Comune, dei moduli compilati.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Spinavaria

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai
sensi e per gli effetti dell'ex art. 3, co. 2 D.Lgs n. 39/93)



CITTÀ DI
FIUMICINO

AREA POLITICHE SOCIALI E SCOLASTICHE

CITTÀ 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

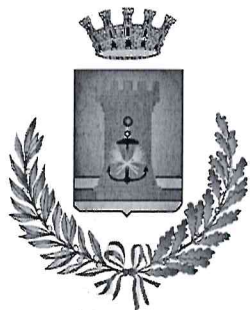
IL DIRIGENTE
Dott. Fabio Sbrega

INDICARE GLI ALIMENTI CONSENTITI (SI) E ALIMENTI DA ESCLUDERE (NO)

CEREALI	SI	NO	PESTO ALLA GENOVESE	SI	NO
GRANO	SI	NO	POMODORI PELATI	SI	NO
FARRO	SI	NO	ZAFFERANO	SI	NO
MAIS	SI	NO	VERDURE	SI	NO
POLENTA PRONTA	SI	NO	ASPARAGO	SI	NO
MIGLIO	SI	NO	BIETA	SI	NO
RISO	SI	NO	AGLIO SECCO BIANCO	SI	NO
FARINA DI RISO	SI	NO	CIPOLLA	SI	NO
SEGALE	SI	NO	CAROTA	SI	NO
AVENA (FIOCCHI)	SI	NO	CARCIOFO	SI	NO
ORZO	SI	NO	LATTUGA	SI	NO
CRACKER AL SESAMO E ROSMARINO	SI	NO	CAPPUCCINA	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	INDIVIA	SI	NO
UOVO	SI	NO	CETRIOLO	SI	NO
(presente in pasta, biscotti, dolci, gelati, crema ecc)	SI	NO	CAVOLFIORRE	SI	NO
LATTE E DERIVATI	SI	NO	BROCCOLO ROMANESCO	SI	NO
LATTE VACCINO	SI	NO	BROCCOLETTO	SI	NO
YOGURT	SI	NO	FAGIOLINO	SI	NO
PARMIGIANO REGGIANO	SI	NO	FINOCCHIO	SI	NO
FORMAGGI MOLLI (ricotta di pecora e mucca, mozzarella, casatella, stracchino, crescenza, mozzarella di bufala)	SI	NO	FUNGHI	SI	NO
FORMAGGI STAGIONATI (caciotta, fontina, asiago, pecorino, taleggio, provolone dolce, emmenthal)	SI	NO	MELANZANA	SI	NO
BURRO	SI	NO	POMODORO	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	SPINACIO	SI	NO
CARNI	SI	NO	SEDANO	SI	NO
AGNELLO	SI	NO	ZUCCA	SI	NO
CONIGLIO	SI	NO	ZUCCHINA	SI	NO
CAVALLO	SI	NO	PATATA	SI	NO
MANZO	SI	NO	PREZZEMOLO	SI	NO
VITELLO	SI	NO	BASILICO	SI	NO
POLLO	SI	NO	ROSMARINO	SI	NO
TACCHINO	SI	NO	SALVIA	SI	NO
MAIALE	SI	NO	MENTA	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	ALTRO (specificare)	SI	NO
PRODOTTI INSACCATI	SI	NO	ERBE AROMATICHE SECCHIE (origano, alloro, maggiorana, salvia, rosmarino)	SI	NO
PROSCIUTTO CRUDO	SI	NO	FRUTTA	SI	NO
PROSCIUTTO COTTO	SI	NO	ANANAS	SI	NO
PROSCIUTTO COTTO ARROSTO	SI	NO	ALBICOCCA	SI	NO
MORTADELLA	SI	NO	AGRUMI	SI	NO
PANCETTA	SI	NO	ANGURIA	SI	NO
BRESAOLA	SI	NO	BANANA	SI	NO
SALAME CRUDO DI PURO SUINO	SI	NO	CILIEGIA	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	CACHI O LOTI	SI	NO
PESCE	SI	NO	FRAGOLA	SI	NO
TONNO ALL'OLIO D'OLIVA	SI	NO	MELA	SI	NO
FILETTO DI MERLUZZO (surgelato)	SI	NO	MELONE	SI	NO
FILETTO DI HALIBUT (surgelato)	SI	NO	PESCA	SI	NO
PALOMBO TRINCI (surgelato)	SI	NO	PERA	SI	NO
FILETTO DI LIMANDA (surgelato)	SI	NO	PRUGNA	SI	NO
FILETTO DI NASELLO (surgelato)	SI	NO	KIWI	SI	NO
FILETTO DI CERNIA (surgelato)	SI	NO	UVA	SI	NO
SOGLIOLA/PLATESSA (surgelato)	SI	NO	CASTAGNA	SI	NO
ALICI IN OLIO D'OLIVA	SI	NO	ALTRO (specificare)	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	FRUTTA SECCA OLEOSA	SI	NO
LEGUMI	SI	NO	ARACHIDI	SI	NO
CECI	SI	NO	MANDORLE	SI	NO
FAGIOLI	SI	NO	NOCI	SI	NO
FAVE/FAVETTE	SI	NO	NOCCIOLE	SI	NO
LENTICCHIE	SI	NO	PINOLI	SI	NO
PISELLI	SI	NO	ALTRO (specificare)	SI	NO
SOIA	SI	NO	SUCCHI DI FRUTTA	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	THE	SI	NO
GENERI ALIMENTARI VARI	SI	NO	CACAO E DERIVATI (cioccolato)	SI	NO
ACETO DI VINO BIANCO	SI	NO	ALTRO (specificare)	SI	NO
VINO BIANCO	SI	NO	OLII	SI	NO
LIEVITO DI BIRRA	SI	NO	OLIO EXTRA VERGINE D'OLIVA	SI	NO
MARMELLATA	SI	NO	OLIO D'OLIVA	SI	NO
OLIVE	SI	NO	OLIO DI ARACHIDI	SI	NO
CAPPERI SOTTO SALE	SI	NO	OLIO DI MAIS	SI	NO
NOCE MOSCATA	SI	NO	OLIO DI SESAMO	SI	NO
	SI	NO	ALTRO (specificare)	SI	NO

NOTE DEL MEDICO DI BASE DEL BAMBINO _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DI BASE DEL BAMBINO _____



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: ☐ Tempo Pieno – ☐ 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.**