



CITTÀ DI ANGUILLARA SABAZIA

CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

UFFICIO PUBBLICA ISTRUZIONE

AVVISO PUBBLICO

ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA A.S. 2017/18

Si rende noto che a partire **dal 09/05/2017 al 12/06/2017** sono aperte le iscrizioni al servizio di mensa scolastica.

Da quest'anno, con la registrazione presso i Servizi Online, si potrà effettuare anche l'iscrizione in maniera telematica seguendo la procedura presente sul sito del comune.

In alternativa, l'utente può effettuare l'iscrizione scaricando i modelli di domanda presenti sul sito www.comune.anguillara-sabazia.roma.it alla voce **Bandi di Gara e Avvisi** che, una volta compilati e sottoscritti, dovranno essere visionati dall'Ufficio Pubblica Istruzione e consegnati all' Ufficio Protocollo.

Orari ufficio: lunedì, giovedì e venerdì dalle 9,00 alle 12,00; martedì e giovedì dalle 15,30 alle 17,30

Recapiti telefonici: 06/99600035 -75

E-mail: a.camilli@comune.anguillara-sabazia.roma.it

Alla domanda cartacea vanno obbligatoriamente allegati:

- ✓ Fotocopia del documento di identità del richiedente (genitore o tutore legale)
- ✓ Pagamento del primo o più mesi
- ✓ Se necessario modulo per la dieta differenziata

Modalità di pagamento:

- ✓ Bollettino pagato intestato a: Comune di Anguillara Sabazia, Servizio Tesoreria, c/c n. 50977008 / causale: Servizio di Refezione Scolastica in favore di (nome e cognome alunno)
- ✓ Bonifico bancario: Cred. Coop. Di Formello (IBAN: IT29 M088 1238 8800 0000 0071 059)
- ✓ Direttamente presso l' Ufficio Pubblica Istruzione tramite POS

Quote del servizio:

| | Importo Annuo | Rata mensile |
|--------------------------------------|----------------------|---------------------|
| Infanzia tempo pieno | €531,00 | €59,00 |
| Primaria tempo pieno | €513,00 | €57,00 |
| Primaria modulo | €126,00 | €14,00 |
| Secondaria I° Grado Tempo prolungato | €324,00 | €36,00 |

La compilazione del modulo d'iscrizione, sia cartaceo che online, comporterà la sottoscrizione di presa visione ed accettazione da parte del genitore/tutore di tutte le norme contenute nel vigente "Regolamento Mensa Scolastica" e, più specificatamente, delle norme relative al pagamento della tariffa prevista. Si ricorda inoltre che, al momento dell'iscrizione, gli utenti dovranno regolarizzare, se non ancora effettuati, i pagamenti relativi agli anni scolastici precedenti: l'accoglimento della richiesta d'iscrizione è subordinata al completo pagamento delle rette relative al servizio degli anni precedenti.

Il Responsabile del Procedimento è l'Istruttore Amministrativo Adelina Camilli.

*Il responsabile dell'Area
(Dott.ssa Princigalli Simonetta)*

Prat. N. _____

Domanda di Iscrizione Servizio Mensa a.s. 2017/2018

Il /la Sottoscritto/a C.F.....

Tel/Cell. / (obbligatori)

- o Residente nel Comune di Anguillara Sabazia Via nc.....
- o Residente nel Comune di Via n.c.....

Genitore dell'alunno/a nato a il / /

Iscritto alla scuola per l' a/s 2017/2018 istituto..... Classe..... sez.....:

- o Infanzia
- o Primaria
- o Secondaria di I° grado

Tempo di frequenza:

- o Primaria modulo
- o Infanzia tempo pieno
- o Primaria tempo pieno
- o Tempo prolungato medie
-

CHIEDE

L'iscrizione al servizio di mensa scolastica per il/la figlio/a e si impegna a versare il relativo importo intestato alla tesoreria del comune di Anguillara Sabazia tramite :

Modalità di pagamento:

- ✓ bollettino pagato intestato a : Comune di Anguillara Sabazia, Servizio Tesoreria, C/C n. 50977008 /causale: Servizio mensa scolastica in favore di (*nome e cognome alunno*)
- ✓ bonifico bancario : Cred. Coop. Di Formello (IBAN: IT29 M088 1238 8800 0000 0071 059)
- ✓ tramite POS presso l'Ufficio Pubblica Istruzione

Quote del servizio:

| | Importo Annuo | Rata mensile |
|--------------------------------------|---------------|--------------|
| Infanzia tempo pieno | €531,00 | €59,00 |
| Primaria tempo pieno | €513,00 | €57,00 |
| Primaria modulo | €126,00 | €14,00 |
| Secondaria I° Grado Tempo prolungato | €324,00 | €36,00 |

A TAL FINE DICHIARA

- di accettare senza riserva alcuna tutte le norme contenute nel vigente Regolamento Comunale Servizio Mensa
- di autorizzare il trattamento dei dati personali forniti ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. lgs n. 196/2003 per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

Anguillara S. li / /

(firma del genitore o tutore legale)

N.B: ALLA DOMANDA VANNO ALLEGATE OBBLIGATORIAMENTE:

- ✓ FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'
- ✓ COPIA DEL PAGAMENTO EFFETTUATO DEL SERVIZIO DEL PRIMO O PIU MESI
- ✓ SE NECESSARIO MODULO DI DIETA DIFFERENZIATA

Al Responsabile Area Pubblica Istruzione

Alla Ditta Cimas Ristorazione S.r.l

Responsabile di cucina Sig. r Silvestro

Oggetto: richiesta dieta differenziata

Il/la sottoscritto/a _____ genitore

Del bambino/a _____ frequentante la

scuola Materna/elementare/ Medie di _____ classe _____

a Tempo pieno/tempo modulare deve praticare la dieta differenziata che escluda i seguenti alimenti:

Come risulta dall'allegato certificato medico e dalla documentazione richiesta.

Anguillara Sabazia, li _____

Il Genitore o tutore legale

Recapiti Telefonici genitore o tutore legale:

SCHEDA DI CERTIFICAZIONE DEI CASI DI ALLERGIA E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI

La presente scheda va compilata dal medico che segue il bambino. Dopo la compilazione la scheda va consegnata all'ufficio Pubblica Istruzione unitamente alla fotocopia delle analisi effettuate.

COGNOME _____ NOME _____

Classe frequentata _____

Età _____

Sesso

M

F

Scuola _____

Plesso _____

Diagnosi _____

Manifestazioni cliniche riferibili alle patologie diagnosticate.

Sintomi gastrointestinali

Vomito

Diarrea

Dolori Addominali

Malassorbimento

Sintomi respiratori

Rinite persistente

Tosse ricorrente

Asma bronchiale

Cute

Eczema

Orticaria

Angiodema

S.N.C

Cefalea

Irritabilità

Rene

Albuminuria

Ematuria

Pollachiuria

Enuresi

Manifestazioni ematologiche

Anemia sideropenica

Trombocitemia

Manifestazioni generali

Collasso

Shock

Ritardo di crescita

Altre manifestazioni (specificare) _____

Alimenti da eliminare _____

Riscontri di laboratorio _____

Test di laboratorio effettuati

Ig E totali Eosinofilia periferica

Ig E specifiche Sangue occulto nelle feci

PRICK test Eosinofili nelle feci

AGA-EMA Biopsia intestinale

G6PD

Firma e qualifica del sanitario

Il genitore autorizza l'utilizzo dei dati riportati nella presente scheda ai soli fini della somministrazione della dieta speciale.

Firma del genitore o tutore legale
