



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**ISTITUTO COMPRENSIVO VIA VOLSINIO**

Via Volsinio 23/25 – 00199 ROMA ☎/fax 06 8546344/86321078

Codice fiscale: 97714780588

E-mail: [rmic8d900r@istruzione.it](mailto:rmic8d900r@istruzione.it) Posta elettronica certificata: [rmic8d900r@pec.istruzione.it](mailto:rmic8d900r@pec.istruzione.it)

Sito web: [www.istitutoviavolsinio.it](http://www.istitutoviavolsinio.it)

**PROGETTO MENSA ESOPO A.S. 2014/2015**

Si comunica alle famiglie che dal giorno mercoledì 01 aprile 2015 scatterà il terzo trimestre relativo al servizio di refezione scolastica per gli alunni della scuola secondaria dell'istituto. Il pasto sarà servito nei locali del refettorio tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, dalle 14.00-14.30.

I genitori sono pregati di confermare l'iscrizione (giorni) e provvedere al pagamento della quota relativa al trimestre aprile- giugno della mensa, secondo gli importi indicati.

GIORNI	QUOTA TRIMESTRALE
LUNEDI (7 gg.)	€ 35,00
MARTEDI(7 gg.)	€ 35,00
MERCOLEDI(10 gg.)	€ 50,00
GIOVEDI(9 gg.)	€ 45,00
VENERDI(8 gg.)	€ 40,00

**Coordinate per il pagamento**

Il versamento potrà essere effettuato con bollettino postale sul conto corrente n. 1009243476 intestato a ISTITUTO COMPRENSIVO VIA VOLSINIO - VIA VOLSINIO, 23 - 00199 - ROMA

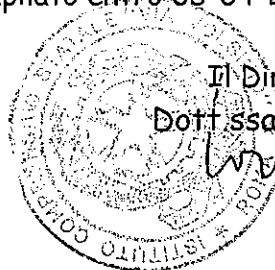
È possibile effettuare il pagamento anche con bonifico on line su bancoposta Iban: IT-16-J-07601-03200-001009243476, indicando come causale del versamento "Progetto Mensa Esopo", il nome, la classe dell'alunno e il plesso di appartenenza.

Il versamento dovrà essere effettuato entro il giorno 08.04.2015.

Per consentire la fruizione del servizio e per garantire l'ottimale erogazione sul piano organizzativo, chiediamo di far pervenire presso gli uffici di segreteria-servizio mensa, la ricevuta dell'avvenuto pagamento ovvero, laddove più agevole, per posta elettronica all'indirizzo [rmic8d900r@istruzione.it](mailto:rmic8d900r@istruzione.it)

**Segnalazioni allergie e/o intolleranze alimentari**

I genitori dovranno far pervenire il modulo compilato entro 08-04-2015



Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Loredana Teodoro

**Richiesta dieta speciale per motivi di salute – intolleranze e/o allergia alimentare**  
(da compilarsi a cura del medico curante)

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

COGNOME E NOME .....
DATA DI NASCITA.....
RESIDENTE A ..... VIA.....
TEL. .... CELL. ....
MEDICO CURANTE .....
SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo) .....
..... CLASSE..... SEZ. ....
GIORNI FREQUENZA .....

**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