

RICHIESTA VALUTAZIONE TABELLA DIETETICA PER RISTORAZIONE COLLETTIVA

AL DIRETTORE SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE
ASL n. 3 di Nuoro
Via Leonardo Da Vinci, 28
NUORO

Il/La sottoscritto/a C.F.

CHIEDE

la valutazione e visto di convalida della tabella dietetica *(barrare le voci che interessano)*

Base

Speciale per *(specificare motivi religiosi, etici culturali, sanitari)*

nelle versioni stagionali: autunno-inverno primavera-estate e alternanza di n°.....settimane,
predisposta da personale professionalmente qualificato *(qualifica/titolo)*
destinata a utenti della fascia di età anni per

colazione spuntino pranzo merenda cena

da utilizzarsi presso la Struttura Pubblica Privata Privata convenzionata / paritaria
denominata

ubicata nel comune di() vian°.....

Tipologia della struttura destinataria del servizio mensa *(barrare le voci che interessano)*

Asilo nido Scuola dell'infanzia Scuola primaria scuola secondaria di 1° / 2° grado

Mensa universitaria Istituto per adolescenti Casa alloggio anziani Casa-famiglia

Altro *(specificare)*

Consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni non veritiere e formazione o uso di atti falsi di cui all'art. 76 DPR n° 445 28/12/2000

DICHIARA

Di essere nato/a a() il, di essere Titolare /Rappr.Leg.
della Ditta C.F / P. IVA.....

.....

sede legale comune di () via n°

Tel Fax E.mail /P.E.C *(Posta Elettr. Certificata)*

Che la Ditta è aggiudicataria per il servizio di cui sopra, il cui soggetto appaltante è
.....e la tabella dietetica rispetta quanto stabilito nel capitolato d'appalto.

Che l'attività è registrata col n°..... presso la Assl / Autorizz. San. n°del/...../.....

Allega:

Tabella dietetica (2 copie se inviata per posta ordinaria) con ricette e grammature per porzione

Capitolato merceologico (in caso di appalto con pubblica amministrazione)

Relazione descrittiva su scelte e accorgimenti ai fini di una maggior efficienza del servizio

Certificato medico specialistico con prescrizione dettagliata e indicazione degli alimenti vietati (per i soli casi, a richiesta degli interessati, di diete speciali per motivi sanitari)

Il richiedente

..... li

Firma leggibile

Ai sensi del D.lgs 196/2003 e GDPR 2016/679 autorizzo il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini del presente provvedimento

firma leggibile