

<b>RICHIESTA VALUTAZIONE TABELLA DIETETICA PER RISTORAZIONE COLLETTIVA</b>
--

AL DIRETTORE SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE  
ASL ORISTANO  
Via Carducci, 35  
ORISTANO

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 .....( ) via .....n°.....

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 .....