

DA COMPILARE E INVIARE A:

S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Via Carducci 35

09170 ORISTANO

Tel. 0783/317729

Mail sian@asloristano.it

PEC sian.oristano@pec.asloristano.it

RICHIESTA VALIDAZIONE TABELLA DIETETICA PER RISTORAZIONE COLLETTIVA

Il / La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Residente nel Comune di _____ Prov. - _____

Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____ In qualità
di:

☐ Titolare

☐ Legale rappresentante

☐ altro _____

Denominazione o ragione sociale _____

Partita IVA _____ Codice fiscale _____

Con sede legale nel Comune di _____ Prov. ____

Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

Telefono _____

E-MAIL _____ PEC _____

CHIEDE

la valutazione e visto di convalida della tabella dietetica allegata alla presente domanda
(barrare le voci che interessano)

☐ NUOVA TABELLA ☐ VARIAZIONE TABELLA GIA' VALIDATA

☐ TABELLA PER IL VITTO COMUNE ☐ TABELLA PER DIETE SPECIALI

specificare tipologia esigenza: (motivi religiosi, etici, sanitari) _____

nelle versioni stagionali: ☐ autunno-inverno ☐ primavera-estate

e alternanza di ____ settimane, predisposta da personale professionalmente qualificato (qualifica/titolo)

_____ destinata a utenti della fascia di età da _____ a _____ anni

per ☐ colazione ☐ spuntino ☐ pranzo ☐ merenda ☐ cena

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

denominata _____

ubicata nel comune di _____ Prov: ____ 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 che la Ditta _____ registrata col n° _____
presso la Asl / Autorizz. San. n° _____ del _____ è aggiudicataria per il servizio di cui sopra, il
cui soggetto appaltate è _____
e la tabella dietetica rispetta quanto stabilito nel capitolato d'appalto.

Allega:

- Tabella dietetica con ricette e grammature per porzione e indicazione degli allergeni (come da Reg. UE 1169/2011)
- Relazione descrittiva contenente ulteriori informazioni utili ai fini della valutazione richiesta.
- Attestazione dell'avvenuto pagamento della tariffa prevista dal DPR n° 138 del 20/11/2024, pari a

☐ € 50,00 se NUOVA TABELLA

☐ € 15,00 se VARIAZIONE TABELLA GIA' VALIDATA

Bonifico su C/C Bancario IT79N0101517400000070783392 Banco di Sardegna Fil. Oristano centro (800) -
Via Giuseppe Garibaldi n. 2 Oristano intestato a ASSL n° 5 Oristano con la causale:
SIAN Validazione tabella dietetica per collettività

..... 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