

Dipartimento di Prevenzione
SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE

Via Circumvallazione , 77 - 83100 Avellino (AV) - Tel. 0825- 292621-07- fax 0825.292606

All'Azienda Sanitaria Locale **AV**
Dipartimento di Prevenzione **S.I.A.N.**
Via Circumvallazione , 77
83100 Avellino (AV)

Oggetto: RICHIESTA MENU' RISTORAZIONE COLLETTIVA PER ENTI PUBBLICI

1. ☐ PREDISPOSIZIONE MENU' CON GRAMMATURE
1.1 ☐ ELABORAZIONE DIETE STANDARD SPECIALI
2. ☐ DIETA PERSONALIZZATA
3. ☐ DIETA STANDARD SPECIALE
4. ☐ VALIDAZIONE MENU'

A) RICHIEDENTE:

Denominazione: _____
Sede in Via: _____ n. |_|_|_|_|
C.A.P. |_|_|_|_|_| Comune: _____ Provincia: |_|_|_|
Telefono: |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax: |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
P.IVA: _____ Sindaco: _____
Cellulare: |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, E-Mail: _____@_____
Persona di Riferimento: _____,

B) Nei casi di cui al punto 1. e 4. specificare a chi è destinata la dieta:

C) Nei casi di cui al punto 1.1 e 3, dieta differenziata/speciale, è necessario allegare:

- ☐ certificazione medica specialistica della patologia

D) Nei casi di cui al punto 2, dieta personalizzata, è necessario allegare:

- ☐ certificazione medica specialistica della patologia con elenco degli alimenti ammessi e/o da escludere dalla dieta da predisporre

E) Nel caso in cui al punto 4 la richiesta deve essere corredata di copia del menù adottato e/o con la specifica delle variazioni proposte da valutare come di seguito descritto:

N.B. il menù deve essere stutturato in quattro settimane, completo di computo nutrizionale e grammature, firmato da un Professionista abilitato all'elaborazione di tabelle dietetiche.

Privacy: Con la sottoscrizione del presente modulo il/la sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e succ. mod. e int., la struttura in indirizzo al trattamento dei propri dati al fine dell'erogazione della prestazione richiesta.

La prestazione richiesta è soggetta al pagamento dei diritti sanitari, sopra specificati, come da tariffario regionale (BURC n. 89 del 29 Novembre 2018, Decreto n 94 del 5 Novembre 2018). L'attestazione deve essere allegata alla domanda; il pagamento viene assolto tramite versamento su c/c postale 13430830 intestato all'Azienda Sanitaria Locale AV - Servizio Tesoreria Proventi Sanità Pubblica 83100 Avellino via Circumvallazione n° 77

_____, ____/____/____
luogo data

(firma per esteso leggibile del compilatore)