

**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 PRIVATI**

1.  PREDISPOSIZIONE MENU' CON GRAMMATURE (€ 300,00)
- 1.1  ELABORAZIONE DIETE STANDARD SPECIALI
2.  DIETA PERSONALIZZATA (€ 10,00)
3.  DIETA STANDARD SPECIALE (€ 50,00)
4.  VALIDAZIONE MENU' (€ 150,00)

**A) RICHIEDENTE:**

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

**B) Nei casi di cui al punto 1.1, dieta differenziata/speciale, è necessario allegare:**

q **certificazione medica specialistica della patologia**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D) Nel caso in cui al punto 3 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)