



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 3 alla Determinazione n. 1567 del 5 dicembre 2016

AL Direttore del Servizio di Igiene degli alimenti e nutrizione  
(Indirizzo)

**Oggetto: richiesta valutazione menù**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

presso il Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

N° di telefono \_\_\_\_\_

Per la struttura sita in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Pubblica  Privata

Asilo nido  Scuola dell'infanzia  Scuola primaria  scuola secondaria di primo grado

Scuola secondaria di secondo grado  Mensa universitari  Istituto per adolescenti.

Casa di riposo  Casa-famiglia per adulti

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Indicare fascia d'età \_\_\_\_\_

Pasti preparati presso la struttura di cui si allega menù  base  standard  speciale

colazione n. \_\_\_\_  spuntino n. \_\_\_\_  pranzo n. \_\_\_\_  merenda n. \_\_\_\_  cena n. \_\_\_\_

Responsabile mensa (nome e cognome se diverso dal richiedente) \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Denominazione struttura in cui si preparano i pasti .....

sita in via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

**chiede la validazione della tabella dietetica allegata**

Per eventuali comunicazioni:

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_